

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS**  
**FACULDADE DE MEDICINA SOCIAL**  
**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA**  
**UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS**



**MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA de 0 a 72 meses NA UBS**  
**JORGE DE SOUZA HEINE, ITAMBÉ- BA**

Daniela Aguilár Gobira Alves

Pelotas, 2014

**DANIELA AGUILAR GOBIRA ALVES**

**MELHORIA DA ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA de 0 a 72 meses NA UBS  
JORGE DE SOUZA HEINE, ITAMBÉ- BA**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao programa de pós-graduação - Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial à obtenção do título Especialista em Saúde da Família.

**ORIENTADORA: CAMILA IRIGONHÉ RAMOS**

Pelotas, 2014

## Ficha catalográfica

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas Catalogação na  
Publicação

A314m Alves, Daniela Aguilar Gobira

Melhoria da atenção à saúde da criança de 0 a  
72 meses na UBS Jorge de Souza Heine, Itambé- BA / Daniela  
Aguilar Gobira Alves ; Camila Irigohé Ramos, orientadora. —  
Pelotas, 2014.

97 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde  
da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal  
de Pelotas, 2014.

1. Saúde da família. 2. Atenção primária à saúde. 3. Saúde da  
criança. 4. Puericultura. I. Ramos, Camila Irigohé, orient. II.  
Título.

CDD : 362.14

Elaborada por Carmen Lucia Lobo Giusti CRB: 10/813

## **Agradecimentos**

Agradeço especialmente

A Deus pelo dom da vida e por mais essa vitória

A meu esposo Tiago pelo apoio e incentivo durante o período de realização deste trabalho

Aos meus colegas de trabalho que me ajudaram e participaram das mudanças que ocorreram na unidade de saúde

Às colegas e amigas Lyzane e Leidiane, que me ajudaram, trocando dúvidas e experiências comigo, compartilhando anseios e vitórias

A minha orientadora Camila, por aceitar meus momentos de ansiedade e me ajudar nesta jornada.

Aos usuários do serviço, que sempre me incentivam a ser uma profissional melhor

## **Lista de figuras**

Figura 1 – Gráfico da proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde. Itambé/Bahia. 2013/2014.....69

Figura 2– Gráfico da proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida. Itambé/Bahia. 2013/2014. ....70

Figura 3 – Gráfico da proporção de crianças com teste do pezinho realizado até 7 dias de vida. Itambé/Bahia. 2013/014. ....74

Figura 4 – Gráfico da proporção de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta. Itambé/Bahia. 2013/2014. ....76

## **Lista de abreviaturas/siglas**

ACS - Agente Comunitário de Saúde

CAPS - Centro de Apoio Psicossocial

CD - Crescimento e desenvolvimento

CEO - Centro de Especialidades Odontológicas

CRAS - Centro de Referência de Assistência Social

DM – Diabetes Mellitus

EaD – Educação à Distância

ESF - Estratégia de Saúde da Família

HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS - Ministério da Saúde

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS – Organização Mundial de Saúde

SIAB - Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

UFPEl - Universidade Federal de Pelotas

UNASUS – Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

## SUMÁRIO

1 ANÁLISE SITUACIONAL .....	9
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS .....	9
1.2 Relatório da Análise Situacional.....	11
1.3 Comentário comparativo sobre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional .....	29
2. ANÁLISE ESTRATÉGICA – PROJETO DE INTERVENÇÃO .....	31
2.1 Justificativa .....	31
2.2 OBJETIVOS E METAS .....	33
2.2.1 Objetivo geral.....	33
2.2.2 Objetivos Específicos.....	33
2.2.3 Metas .....	34
2.3 METODOLOGIA .....	36
2.3.1 Detalhamento de Ações.....	36
2.3.2 Indicadores .....	49
2.3.4 Cronograma.....	58
3 RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO .....	61
3.1 Ações previstas no projeto que foram desenvolvidas .....	62
3.2 Ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas .....	66
3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção .....	66
3.4. Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço.....	67
4 AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO .....	68
4.1 Resultados .....	68
4.2 Discussão dos resultados .....	77
4.3 Relatório da Intervenção para Gestores .....	80
4.4 Relatório de Intervenção para a Comunidade.....	83
5 REFLEXÃO CRÍTICA DO PROCESSO DE APRENDIZAGEM.....	85
6 BIBLIOGRAFIA .....	87
Anexos .....	89
Apêndice .....	92

## Resumo

ALVES, Daniela Aguilar Gobira. **Melhoria da atenção à saúde da criança de 0 a 72 meses na UBS Jorge De Souza Heine, Itambé- BA.** 2014. 97 f. Trabalho de Conclusão de Curso – Especialização em Saúde da Família. Faculdade de Medicina Social. Universidade Federal de Pelotas, Pelotas.

A puericultura é uma das formas de assegurar o desenvolvimento físico e mental das crianças, garantindo assim uma plenitude de crescimento e da saúde infantil. Tendo em vista que a saúde da criança é um dos pilares da Atenção Básica, foi desenvolvido um projeto de intervenção com o objetivo de qualificar a puericultura na Unidade Básica de Saúde Jorge de Souza Heine, tendo como público-alvo 268 crianças entre zero e 72 meses de idade, moradoras do bairro Sidnei Pereira de Almeida, em Itambé/BA. O trabalho foi desenvolvido entre os meses de outubro de 2013 a janeiro de 2014. As crianças receberam atendimento de uma equipe multiprofissional, em forma de consultas com médica, enfermeira, nutricionista e odontólogo, além de visitas domiciliares e atividades educativas, visando a implantação dos cuidados da puericultura na rotina da unidade de saúde. Os cadastros das crianças foram realizados durante as consultas da puericultura. Os resultados mostraram a ampliação da cobertura do acompanhamento de puericultura na unidade de saúde de 37% para 66,4%, sendo que 178 crianças estão em acompanhamento pelo programa. Houve também a melhoria da qualidade do atendimento prestado às crianças, o aumento da adesão às consultas, o avanço no que se refere ao registro das informações e a identificação de situações de risco. Entretanto esse foi apenas o passo inicial na qualificação do serviço, tendo como objetivo a inclusão de todas as crianças na faixa etária estimada no programa de puericultura, assim como a consolidação dessas atividades na semana típica da unidade de saúde, garantindo os direitos básicos de saúde de todas as crianças da comunidade.

Palavras-chave: Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde; Saúde da Criança; Puericultura.



## **Apresentação**

Neste volume será apresentado o trabalho de conclusão do curso de pós-graduação em Saúde da Família – Modalidade à distância (EaD), realizado pela Universidade Federal de Pelotas em convênio com a Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UFPel/UNA-SUS).

O volume está dividido em cinco tópicos. Conta também com a bibliografia utilizada no volume e anexos. Cada tópico constitui uma etapa do projeto de intervenção realizado ao longo dos 12 meses de curso, que teve por objetivo a ampliação da cobertura da puericultura e melhoria da atenção à saúde da criança de zero a 72 meses.

Na primeira parte será descrita a análise situacional desenvolvida na unidade 1 do curso, na qual se buscou fazer um levantamento sobre o funcionamento das ações/ programas desenvolvidos pela equipe de saúde, além da avaliação da estrutura física da unidade.

No segundo capítulo é apresentada a análise estratégica, desenvolvida ao longo da unidade 2, na qual foi decidida a área de atuação do projeto, seus objetivos, metas e cronograma das atividades a serem realizadas durante o período de intervenção.

Na terceira parte deste volume, está o relatório da intervenção desenvolvida ao longo de 16 semanas durante a unidade 3 do curso. O relatório inclui as ações previstas e desenvolvidas durante este período, as que não foram desenvolvidas, a coleta e sistematização dos dados e a viabilidade da incorporação da intervenção na rotina do serviço.

A avaliação dos resultados dessa intervenção, é descrito no quarto tópico, desenvolvido na unidade 4 do curso e conta com a discussão dos resultados alcançados demonstrados na forma de gráficos.

A última parte é constituída pela reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem. E o fechamento do volume dá-se com a apresentação dos anexos e apêndices utilizados durante a realização do projeto de intervenção e do trabalho como um todo.

## **1 ANÁLISE SITUACIONAL**

### **1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS**

A unidade de saúde em que trabalho situa-se na cidade de Itambé, estado da Bahia, no bairro Sidnei Pereira de Almeida e se chama Jorge de Sousa Heine. Abrange aproximadamente 1102 famílias, e funciona como Estratégia de Saúde da Família (ESF) há dez anos. Estou inserida nessa unidade há três anos, o que possibilita uma boa visão do seu funcionamento.

Quanto à estrutura física, a unidade é ampla, possui consultório médico, de enfermagem e odontológico climatizados; cozinha sem copa; uma recepção espaçosa, sala de espera para acomodar adequadamente os pacientes que aguardam atendimento; farmácia; sala de vacina climatizada; sala de curativos; sala de procedimentos; almoxarifado, dois banheiros (para funcionários e usuários), porém sem acessibilidade para portadores de deficiências. A unidade não possui uma sala própria para esterilização de material, que atualmente está sendo realizada na sala de odontologia onde fica uma autoclave, sendo que o material é lavado na sala de curativo, empacotado e depois levado para esterilização.

No momento a equipe de saúde conta com um médico, um enfermeiro, um odontólogo, um auxiliar de serviços gerais, nove agentes comunitários de saúde, um auxiliar de enfermagem, um técnico de enfermagem, um recepcionista. A equipe atende uma população de 3998 pessoas no território, ultrapassando o número máximo estabelecido pelo Ministério da Saúde e sobrecarrega as atividades realizadas pela unidade. A doença mais prevalente na área adscrita é a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), com 461 hipertensos, seguidos por 66 portadores de Diabetes Mellitus (DM) e 19 portadores de alcoolismo.

Na área de abrangência possui um Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) que integra o atendimento social e a saúde por meio de projetos como Bem-me-quer (grupos de gestante), Terceira Idade em Ação (Idosos), além da realização de atividades educativas em conjunto para adolescentes e grupos de pais. O bairro conta também com cinco comunidades católicas que sedem o espaço para realização de atividades extramuros.

A semana típica da unidade é dividida em dias fixos, na tentativa de desenvolver plenamente os programas preconizados como HIPERDIA, Pré-Natal, CD (crescimento e desenvolvimento), Visita Domiciliar e atendimento ao público em geral. Os casos de urgência são triados na recepção e pelos técnicos de enfermagem para o atendimento imediato em qualquer dia da semana e os pacientes que procuram o serviço para consultas de rotina são agendados nos dias correspondentes da semana típica. Não existe um dia priorizado para o agendamento, o que facilita o acesso às ações de saúde e evita tumultos durante a marcação. A ideia é fazer um bom acolhimento das pessoas que procuram o serviço, na tentativa de solucionar seu problema, e que mesmo que não haja atendimento imediato, o paciente deixe a unidade com um atendimento programado.

Na rotina da equipe de saúde, existe a realização de reuniões mensais para avaliar o funcionamento da unidade, para discutir casos clínicos que necessitam de maior atenção e intervenção. No início dos semestres procuramos avaliar os indicadores e solicitações de usuários, a fim de programar as atividades educativas a serem realizadas durante esse período, facilitando a divulgação para a comunidade e resultando num maior envolvimento da população.

Como a implantação da Estratégia de Saúde da Família já está estabelecida por um período mais longo, a população encontra-se adaptada ao funcionamento das atividades na unidade de saúde, entendendo seu propósito, forma de marcação de consultas, priorização de idosos e urgências, atividades educativas. A constância na equipe de saúde fortalece o vínculo com a comunidade, favorecendo a realização de diferentes atividades tanto curativas como preventivas, com uma participação popular forte.

Existem algumas mudanças na estrutura física da unidade de saúde que precisam ser realizadas para favorecer a acessibilidade da comunidade (adaptação de banheiros, criação de espaço para a esterilização, criação de local adequado para

armazenar o lixo), assim como o processo de funcionamento da equipe de saúde deve sempre ser avaliado e modificado a fim de aprimorar as ações realizadas e aproximar a comunidade, permitindo sua participação ativa na construção da rotina da equipe de saúde.

## **1.2 Relatório da Análise Situacional**

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado no Brasil em 1988 com a promulgação da nova Constituição Federal, tornou direito de todo cidadão o acesso universal à saúde. Os princípios que norteiam o SUS são a universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação popular (Brasil, 2007).

A ESF, criada em 1994, consolidou-se como a principal ferramenta de organização do SUS, propondo uma mudança de modelo de atenção à saúde para reorientar sua assistência por meio da Atenção Básica (Brasil, 2008).

A Atenção Básica é um dos alicerces da premissa de saúde como direito de todos e dever do Estado, por ter como objetivo a inserção dos usuários nas redes de saúde, respeitando os princípios do SUS, a atenção integral e multiprofissional para promover e proteger a saúde, abrangendo prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, atuando não apenas na saúde, mas nos seus determinantes coletivos e individuais (Brasil, 2011).

Entendendo a importância da ESF como porta de entrada para as redes de saúde e para a atenção integral aos usuários, a avaliação periódica das atividades e serviços realizados na unidade de saúde é um fator incentivador de melhorias na gestão das ações da Unidade Básica de Saúde (UBS).

A UBS Jorge de Sousa Heine está localizada na Avenida Macarani, s/n, no bairro Sidney Pereira de Almeida, zona urbana do município de Itambé, região sudoeste do estado da Bahia. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 2012, Itambé contava com 22.650 habitantes.

Com relação à saúde, o município possui seis UBS que funcionam de acordo com a ESF, obtendo uma cobertura na Atenção Básica de 90,68%. A cidade também possui uma UBS que funciona com o modelo tradicional e abriga os atendimentos de

especialidades disponibilizadas. Apenas três ESF colocam à disposição as ações de saúde bucal, dando uma cobertura de 45,34%.

Os serviços do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) não são oferecidos pelo município, assim como o mesmo não possui um Centro de Especialidades Odontológicas (CEO). A cidade possui um Centro de Apoio Psicossocial (CAPS) e uma unidade do SAMU 192 que realiza atendimentos, remoção e transporte de pacientes graves.

A Santa Casa de Misericórdia é o único hospital da cidade e está vinculada ao SUS, porém não é gerida ou amparada pela gestão municipal. Algumas especialidades são disponibilizadas na UBS Coriolano Sales como pediatria, psiquiatria, ginecologia/obstetrícia, cardiologia e cirurgia ambulatorial, porém existe uma grande dificuldade com relação ao referenciamento dos usuários as demais especialidades.

A pactuação com municípios vizinhos não consegue suprir todas as necessidades geradas pelos usuários dos serviços. Da mesma forma, o acesso a exames complementares laboratoriais e de imagem é limitado acarretando demora no diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos pacientes.

A ESF Jorge de Sousa Heine foi construída em 1988, nos moldes antigos de unidade básica de saúde. Em 2003 foi vinculada à ESF e se tornou uma unidade de Saúde da Família. Foi submetida a reformas no ano de 2011, que não contemplaram as diretrizes do manual técnico do Ministério da Saúde. Também se encontra inserida no Programa de Melhoria da Qualidade (PMAQ), porém não possui vínculo com instituições de ensino.

A equipe de saúde que atua na unidade é composta por 01 médico, 01 enfermeiro, 01 odontólogo, 01 auxiliar de consultório dentário, 01 auxiliar de enfermagem, 01 técnico de enfermagem, 09 agentes comunitários de saúde, 01 auxiliar de serviços gerais, 01 porteiro, 01 recepcionista e 01 coordenador, sendo que 13 destes profissionais residem na área de abrangência da UBS. O bairro que está na área adscrita possui uma população de 3998 pessoas, divididas em 1098 famílias. De acordo com a atualização do SIAB (Sistema de Informação da Atenção Básica) em junho de 2013, a área de abrangência possui 466 hipertensos, 76 portadores de Diabetes Mellitus (DM), 55 portadores de deficiência física e 23 portadores de alcoolismo.

Dentro da área de abrangência da unidade está localizado um CRAS que é um dos locais de promoção da intersectorialidade da Atenção Básica. Existem ainda na área 05 comunidades católicas que são espaços de integração com a população.

A UBS deve ser localizada em um ponto estratégico da área adscrito a fim de garantir um acesso facilitado aos usuários, respeitando as diferenças loco-regionais. Uma estrutura física básica deve estar garantida, para que sejam desenvolvidas as atividades pela equipe de Saúde da Família e que ofereça, a acessibilidade aos usuários considerando idade, deficiências e mobilidades reduzidas.

Muitas disparidades com a recomendação técnica do manual do Ministério da Saúde foram evidenciadas, mostrando a importância da adequação da unidade de saúde a fim de promover o acesso facilitado aos usuários.

A UBS Jorge de Sousa Heine contém em sua estrutura física: recepção; sala de espera ampla; 03 consultórios climatizados sendo que 01 para atendimento médico, 01 para atendimento de enfermagem e 01 consultório odontológico; 01 sala de procedimento; sala de vacina climatizada; sala de curativo; almoxarifado; 02 banheiros (01 para funcionários e o outro para a população em geral); uma cozinha equipada com geladeira e fogão e uma casa de lixo na área externa da unidade, com cobertura e sem porta.

A ausência de local adequado para armazenar e isolar o lixo produzido na unidade de saúde (depósito de lixo), além da inexistência da coleta seletiva referente ao lixo contaminado põe em risco a saúde da população, expondo os usuários ao lixo com resíduos de sangue e secreções. No município, a coleta é realizada pela Prefeitura, de forma irregular, demorando um período maior que uma semana. O depósito de lixo é inadequado, pois não possui estrutura correta para o armazenamento dos resíduos produzidos, com ausência de porta para isolar o lixo. Além disso, não há expurgo, portanto não há separação entre lixo contaminado e comum.

Todos os ambientes possuem janelas que facilitam a circulação de ar e a iluminação natural. Também todos os espaços possuem paredes e pisos laváveis, com superfície lisa, apesar da ausência de piso antiderrapante. As portas são pintadas com tinta lavável. As bancadas, armários e prateleiras possuem superfícies lisas, de fácil limpeza e desinfecção. Na sala de recepção existe espaço para armazenamento de 6.000 prontuários, estrutura adequada para oferecer informações e agendar

consultas, porém não há quadro para avisos internos ou linha telefônica. A sala de espera acomoda 30 pessoas e disponibiliza uma televisão aos usuários.

A sala de espera é utilizada para realizar as atividades educativas e não existem recursos como vídeo, retroprojektor, tela de projeção ou quadro/mural. A Secretaria de Saúde disponibiliza um aparelho de data show para realização de palestras.

Também não há sala de administração e gerência, sala de ACS (agentes comunitários de saúde), sala de coleta, sala de nebulização, sala de lavagem e descontaminação, sala de esterilização e escovário. O material esterilizado utilizado na unidade de saúde é lavado na sala de curativo e esterilizado no consultório odontológico, que possui uma autoclave. Não há local apropriado para estocar o material esterilizado.

O almoxarifado está adequado com as normas estabelecidas pelo manual do Ministério da Saúde, mas na unidade está sendo utilizado também como sala para reunião de ACS.

A farmácia possui um ambiente único, sem ar condicionado, no qual ocorre o armazenamento e a dispensação de medicamentos no mesmo espaço, sem acesso independente da unidade de saúde. São dispensados apenas medicamentos anti-hipertensivos e hipoglicemiantes, além de analgésicos. As demais medicações são distribuídas na farmácia central do município.

Nas salas de trabalho dos profissionais, inexistem consultórios ginecológico com banheiro privado, como recomendado. Nem todos os consultórios tem mobiliário que abrigue o paciente e o acompanhante e os lavatórios possuem torneiras comuns, divergindo com a recomendação técnica. O consultório odontológico apresenta iluminação adequada e local isolado e externo para o compressor, porém não há raios-X, torneiras apropriadas ou caixa sifonada com tampa em aço inox. O sanitário dos usuários não é adequado para o uso de deficientes, apresentando também a ausência de janela para iluminação natural e ventilação. A deficiência da cozinha apresenta-se no mobiliário e na instalação da torneira.

A sala de procedimentos e a sala de vacinas necessitam de torneiras especiais. A sala de vacina também não possui acesso isolado dos usuários. A sala de curativo se apresenta em desacordo com as normas técnicas quanto às dimensões, instalação e mobiliário. A comunicação visual se mostra deficiente, pois

falta sinalização de fluxos, identificação dos espaços (salas, consultórios e sanitários). Além disso, não há banheiro ou bebedouro adaptado para deficientes, faltam barras de apoio e corrimão que permitam o deslocamento de idosos e deficientes físicos.

A ausência de uma balança infantil para crianças de até dois anos influencia no acompanhamento das mesmas pela equipe, principalmente no CD.

A falta de material para sutura impossibilita a realização desse procedimento na unidade de saúde, assim como a ausência de luvas estéreis. Os materiais para retirada de pontos são insuficientes em número, impossibilitando ocasionalmente a realização do procedimento.

Não existe um sistema estabelecido para manutenção e reposição de equipamentos, instrumentos e mobiliários. Tanto balanças como esfigmomanômetros não tem um sistema de calibragem estabelecido, muitas vezes provocando distorcidas pressões arteriais e pesos dos usuários. A reposição de materiais de consumo é irregular e lenta.

A unidade de saúde não possui conexão com a internet e telefone próprio, dificultando o acesso a gestores, centrais de atendimento. Como não há acesso à internet, não pode ser feito cadastro dos usuários no cartão SUS, muito menos marcação de consultas e exames complementares. Exceto o acesso à internet, o computador também poderia ser usado na marcação de consultas, cadastramento de famílias, registros de atendimento.

Há uma grande dificuldade de acesso a exames complementares e a atenção especializada, pois a marcação de exames ocorre na central de marcação, que se situa longe da unidade de saúde, dificultando o acesso da população.

Os agentes comunitários de saúde não têm acesso a balanças em número desejado, falta filtro solar e materiais de expediente. O uniforme, que seria um meio de identificação e conexão com a unidade, é insuficiente.

A ausência de solução de Schiller impede a realização completa do exame preventivo, assim como a ausência de selantes impede a prevenção da cárie em crianças.

Os testes rápidos de HIV, sífilis, gravidez e afecções urinárias não são ofertados na unidade de saúde. Também não existem materiais educativos odontológicos e protocolos do Ministério da Saúde disponibilizados aos profissionais da unidade.



As atribuições dos membros da equipe de saúde, assim como as responsabilidades de cada esfera do governo, infraestrutura e recursos necessários para implantação das ESF são estabelecidas pela portaria nº 2488 de 21 de outubro de 2011. Segundo a portaria, a equipe de saúde deve ser formada obrigatoriamente por médico generalista ou especialista em saúde da família, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Podem ainda integrar a equipe, o odontólogo e auxiliar e/ou técnico em saúde bucal (Brasil, 2011).

A territorialização permite que a equipe conheça e possa atuar no manejo das demandas de uma determinada população, modificando seus determinantes e condicionantes de saúde. Quanto ao processo de territorialização, foi evidenciado que a identificação de famílias e indivíduos expostos a grupos de risco está sendo realizado, assim como a detecção de grupos de agravos e redes sociais. Entendendo territorialização como um processo dinâmico, sempre que possível, a equipe procura atualizar dados e buscar usuários distanciados da unidade de saúde, auxiliando numa atuação mais fidedigna e eficiente da equipe de saúde.

A equipe atua em outros locais, além da UBS, na área de abrangência, sendo eles escolas, domicílio, associações de bairro, indústrias igrejas e espaços comunitários. A busca ativa é um aspecto importante para o funcionamento das ações em saúde, estando comprometida na unidade por não estar sendo realizada. A ausência dos pacientes na consulta agendada deve ser pesquisada pela equipe, para envolver os pacientes e descobrir possíveis limitantes do seu acesso à unidade de saúde. Todos os integrantes da equipe de saúde devem participar ativamente desse processo.

O cuidado domiciliar é um requisito nas funções da equipe de saúde, na forma de acessibilidade e tratamento continuado dos usuários, por isso é importante ser inserido nas atividades realizadas pela equipe de saúde. O levantamento de usuários que necessitam de cuidado domiciliar é rotineiro, assim como a realização do cuidado em si. Porém participam ativamente desse processo apenas médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde. Quanto às atividades realizadas no domicílio existe limitantes como aplicação de medicação injetável, que não é fornecida para a unidade de saúde, a fisioterapia domiciliar, coleta de exames.

Os encaminhamentos para especialistas, procedimentos e internações hospitalares são realizados respeitando o fluxo de referência e contra referência, porém, na maioria das vezes não há um retorno dos encaminhamentos com relatórios. Não há um protocolo estabelecido para encaminhar os usuários aos serviços de urgência, internação e atendimento em especialidades. Os pacientes em internação domiciliar e encaminhados aos outros níveis do sistema de saúde são acompanhados pelos profissionais da equipe de saúde.

As doenças de notificação compulsória são notificadas apenas pelo médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de consultório dentário. A busca ativa de doenças e agravos é realizada pelos mesmos profissionais enumerados, além dos agentes comunitários de saúde.

As atividades educativas na UBS são realizadas de maneira programada e sistemática, com envolvimento de todos os profissionais da equipe de saúde, abrangendo diversos temas. Porém, alguns temas relevantes ainda não são abordados como sofrimento psíquico, combate ao tabagismo e puericultura.

A participação da população no controle social ainda não está sendo estimulada pela equipe de saúde, mantendo os usuários distantes da participação ativa na construção do processo de saúde.

Quanto à qualificação profissional, os profissionais participam ativamente de atividades multiprofissionais disponibilizadas, porém geralmente o tema relacionado à atenção em saúde (atualização técnica). Atividades em gestão em saúde e fortalecimento do controle social não são habitualmente realizadas.

Quanto ao gerenciamento de insumos, este é realizado apenas pela enfermeira, auxiliar de consultório dentário, recepcionista e técnico de enfermagem, apesar de ser esta também é uma atribuição de médicos, odontólogos e agentes de saúde.

Outra deficiência existente na unidade é que não são realizadas pequenas cirurgias por ausência de material necessário. O mesmo ocorre no que diz respeito aos atendimentos de urgência e emergência, pois não há material - equipo, escalpo, medicação venosa - para ser utilizado de forma eficaz.

A equipe de saúde mantém uma agenda regular de reuniões, abordando quase todos os temas questionados, exceto qualificação clínica. Todos os

profissionais participam ativamente das reuniões, discutindo temas, casos clínicos e propondo melhorias na organização das ações em saúde.

Um ponto positivo a ser destacado é o compromisso da equipe de saúde com o processo de trabalho das ações em saúde, além da disponibilidade para buscar e implantar melhorias na UBS, sempre aberta a sugestões feitas pela comunidade e demais setores.

De acordo com as normas estabelecidas pela Portaria 2.488, o número máximo de pessoas que uma equipe de saúde pode ser responsável é 4.000. A unidade de saúde Jorge de Sousa Heine abrange, segundo a última atualização do SIAB, 3.998 pessoas. Portanto encontra-se dentro do tamanho adequado para a área de abrangência.

A distribuição por sexo e faixa etária é compatível com a estimativa calculada com base na população total da área de abrangência, sendo o valor total de pessoas com mais de 60 anos um pouco menor do que o estimado. O número crianças com menos de 01 ano de idade também se encontra abaixo do estimado. As mulheres predominam na maioria das faixas etárias, o que corresponde ao estimado no Brasil, já que segundo o Censo 2010, as mulheres representam 51% da população brasileira.

O número de crianças com menos de 01 ano de idade é bem menor que o estimado pelo IBGE. Atualmente o território possui 20 crianças menores de 01 ano, enquanto a estimativa, segundo a população, deveria ser 73 crianças. O número de gestantes estimado pelo IBGE é de 60 gestantes, quando na realidade o número de gestantes existentes é 50% menor (apenas 30).

O acolhimento é uma das ferramentas utilizadas para a inclusão, um ato de receber e escutar as pessoas, uma prática constitutiva das relações de cuidado, influenciando na organização do trabalho na unidade de saúde (Brasil, 2006). Ele deve ser realizado por todos os integrantes da equipe de saúde, buscando a melhor forma para resolver as necessidades dos usuários, considerando a classificação de risco na priorização do acolhimento.

O acolhimento na USF Jorge de Sousa Heine é realizado em todas as dependências da unidade de saúde, por todos os integrantes da equipe de saúde, todos os dias, nos dois turnos. Não existe uma sala específica para a realização do acolhimento. O tempo de espera para sua realização é de 15 a 20 minutos em média.

A equipe utiliza a classificação de risco biológico e vulnerabilidade social para definir o encaminhamento da demanda espontânea do usuário.

Não existe excesso de demanda espontânea para atendimento médico, de enfermagem e odontológico, devido à organização da agenda de atendimento que já inclui espaços para demanda espontânea.

Em relação à saúde da criança, a Unidade de Saúde da Família oferece o atendimento de puericultura para crianças de 0 a 06 anos de idade, durante dois dias da semana, nos dois turnos de atendimento.

Participam do atendimento de puericultura a médica clínica geral, a enfermeira, nutricionista, odontólogo, auxiliar de consultório dentário e técnicas de enfermagem. As ações na puericultura englobam problemas clínicos em geral e de saúde bucal, imunizações, prevenção de anemia, promoção de aleitamento materno, promoção de hábitos alimentares saudáveis e teste do pezinho.

Os atendimentos de puericultura são registrados no prontuário clínico, odontológico e em um prontuário específico para puericultura. Durante o atendimento, a rotina é a utilização da caderneta da criança com o objetivo de preenchimento de dados, orientações de vacinas, dicas de alimentação saudável e crescimento e desenvolvimento da criança.

De acordo com o calendário mínimo de consultas para assistência à criança proposto pelo Ministério da Saúde, 13 consultas devem ser realizadas ao todo durante os seis primeiros anos de vida da criança, sendo que sete destas ocorrem no primeiro ano de vida (Brasil, 2002). Apenas 11 crianças acompanhadas pela equipe de saúde Jorge Heine estão em dia com esse protocolo, apresentando uma cobertura de 37%.

A cobertura para o teste de pezinho nos sete primeiros dias de vida é de 23%, um número baixo, já que o teste é uma triagem importante para doenças neonatais como hipotireoidismo congênito, fenilcetonúria e hemoglobinopatias. A primeira consulta de puericultura encontra-se com a cobertura de 23%.

A triagem auditiva tem uma cobertura extremamente baixa, já que o teste não é realizado no município, sendo referenciado para uma cidade vizinha, o que dificulta a sua execução

Existe uma baixa cobertura de avaliação da saúde bucal na criança já que ainda é muito evidente a ação apenas curativa e intervencionista da odontologia, não evidenciando a ação de prevenção. Quanto ao aleitamento materno, a adesão à

amamentação exclusiva é grande, devido a constante orientação durante o período de pré-natal, com realização de palestras, ações educativas e ações individuais. As ações de prevenção de acidentes alcançam 63% das famílias acompanhadas pela puericultura. Os cuidados são orientados durante pré-natal e consultas de puericultura.

O atendimento pré-natal compreende um conjunto de atividades que objetiva promover a saúde da gestante e do feto, identificando riscos no período gestacional. Sua ausência e/ou deficiência está comprovadamente associada a maiores coeficientes de morbi-mortalidade materna e perinatal (Gonçalves, 2009).

Promover a saúde materna contempla a recomendação do número ideal e da qualidade das consultas de pré-natal, o estabelecimento de programa de imunização materna e a prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças intercorrentes da gestação (Calderon, 2006).

A unidade de saúde oferece atendimento às gestantes em dois dias da semana, durante os dois turnos. Existem gestantes fora da área de cobertura que realizam o acompanhamento pré-natal, devido à ausência no município de cobertura total pela atenção básica. As consultas das gestantes são agendadas todos os dias e o pré-natal subsequente é agendado no momento da consulta, para evitar falhas no acompanhamento.

O atendimento do pré-natal é realizado pela médica, enfermeira, nutricionista, odontólogo, técnicas de enfermagem e auxiliar do consultório dentário. A equipe de saúde desenvolve ações para diagnóstico e tratamento de problemas clínicos gerais, saúde bucal, controle do câncer de colo do útero e mama, imunizações, promoção de aleitamento materno, hábitos alimentares saudáveis, atividades físicas e saúde bucal. Os profissionais que fazem a assistência pré-natal preenchem o cartão de acompanhamento a cada consulta e oferecem orientações sobre alimentação saudável, vacinação, aleitamento materno, cuidados com o recém-nascido, atividade física e anticoncepção no pós-parto.

O risco gestacional é avaliado desde a primeira consulta pré-natal, já que existem doenças que se apresentam durante o decorrer da gestação. Os exames laboratoriais são sempre solicitados na primeira consulta mostrando, portanto, uma cobertura de 100%. O cartão vacinal sempre é solicitado na primeira consulta do pré-natal, para que seja iniciado o esquema vacinal devido, caso haja necessidade. O

Sulfato Ferroso sempre é prescrito a partir da 20ª semana, para todas as gestantes. A equipe de saúde sempre procura demonstrar a importância da suplementação de ferro e ácido fólico durante a gestação, a fim de melhorar a adesão das pacientes. Além disso, durante o pré-natal, todas as gestantes são orientadas quanto à importância do aleitamento materno nas consultas, ações em saúde e palestras educativas. A preparação da mama e cuidados com o recém-nascido também são temas de orientação frequente às gestantes no pré-natal.

O protocolo de atendimento utilizado na unidade de saúde é o Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde, que é utilizado apenas pela médica e enfermeira da equipe. Os atendimentos do pré-natal são registrados no prontuário clínico, formulário especial do pré-natal, ficha de atendimento odontológico, porém não existe arquivo específico para armazenar os registros de pré-natal.

As gestantes são cadastradas no programa SISPRENATAL pela médica e enfermeira da unidade de saúde e o envio das informações do SISPRENATAL à Secretaria de Saúde é realizado por médica, enfermeira e recepcionista, seguindo protocolo municipal.

Quanto ao pré-natal iniciado no primeiro trimestre, o índice de cobertura apresenta-se em 80%, pois mas ainda enfrentamos alguma resistência de gestantes na procura precoce do pré-natal, muitas por vergonha da gestação (adolescentes) ou por ser uma gestação não planejada. A cobertura de exame ginecológico em gestantes se apresenta em 50%, sendo realizado como rotina ocorre apenas uma vez durante o pré-natal.

A avaliação odontológica das gestantes apresenta cobertura de apenas 33%, pois não há reserva de vagas específicas para as gestantes.

A importância da consulta puerperal é evidenciada durante todo o pré-natal, associando essa consulta ao teste do pezinho nos primeiros sete dias de vida, facilitando a captação de puérpera e neonato. Assim como, as reuniões e atividades educativas são realizadas de forma sistematizada, uma vez ao mês, geralmente no âmbito da unidade de saúde.

Não há disponibilização de testes rápidos (gravidez, sífilis, HIV) na unidade de saúde, como apoio laboratorial. A realização de busca ativa das gestantes é outro ponto fraco na organização da assistência pré-natal, porém a equipe de saúde reiniciará o processo de busca ativa das pacientes faltosas.

A médica, a enfermeira e os agentes comunitários da equipe de saúde participam da gestão e coordenação do programa de pré-natal, realizando reuniões para monitorar e avaliar o programa, observando as necessidades apresentadas, porém não são redigidos relatórios dos resultados e planos de ação.

Os programas de rastreamento sistemático da população feminina por meio do exame citológico do colo do útero têm sido uma das estratégias públicas mais efetivas, seguras e de baixo custo para detecção precoce desse câncer. Estudos indicam que mulheres que não realizam ou nunca realizaram esse exame desenvolvem a doença com maior frequência e que, em diferentes países, tem havido redução nas taxas de incidência e mortalidade por essa neoplasia após a introdução de programas de rastreamento (Albuquerque, 2009).

O exame citopatológico é realizado apenas pela enfermeira da unidade de saúde, assim como apenas a médica, enfermeira e técnicas de enfermagem realizam a abordagem de pacientes para detectar a necessidade de realizar o exame citopatológico. O rastreamento do câncer de colo uterino é realizado de forma organizada, em apenas um dia da semana típica e apenas um turno do dia.

A unidade de saúde utiliza o protocolo de prevenção de câncer de colo uterino do Ministério da Saúde. Existe um livro de registro específico para resultado de exame citopatológico, além do registro em prontuário clínico e formulário especial para citopatológico. Os registros específicos são revisados periodicamente, com objetivo de realizar o acompanhamento das mulheres com alteração ao exame, avaliar a qualidade do programa e verificar completude dos registros. A revisão dos arquivos é realizada apenas pela enfermeira.

Os exames de coleta são obtidos de forma organizada, porém nos últimos quatro meses não estão sendo realizados por falta de material para coleta. Os fatores de risco para câncer de colo uterino são investigados em todas as mulheres que realizam o exame citopatológico. Existem mulheres fora da área de cobertura que realizam a coleta de exame citopatológico na unidade de saúde, já que o município não possui cobertura de 100% pelo programa de saúde da família.

As atividades educativas para o tema são realizadas na unidade de saúde, indústrias e espaços comunitários por médica, enfermeira, odontólogo, técnicas de enfermagem, auxiliar de consultório dentário, recepcionista, agente comunitário de saúde, serviços gerais e coordenador da unidade. Os profissionais de saúde da



unidade orientam o uso de preservativo nas relações sexuais, utilizando palestras, ações educativas e orientações durante as consultas.

A avaliação para fatores de risco para câncer de colo de útero apresenta uma cobertura de 73%. A orientação sobre DST apresenta 95% de cobertura, também associada a orientações fornecidas durante as consultas e palestras.

Os exames coletados na unidade de saúde apresentam 93% de amostras satisfatórias. A qualidade da técnica de realização do exame citopatológico reflete também no índice de 100% de cobertura para células representativas da junção escamocolumnar.

A porcentagem de pacientes com o exame de citopatológico para câncer de colo uterino em dia alcança apenas 48%. O índice de exames citopatológicos em atraso com mais de seis meses é de 39%. Apesar desses dados, nos últimos 03 anos apenas 09 mulheres foram identificadas com exame citopatológico alterado, sendo que apenas uma mulher teve perda de seguimento.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) acredita que ações integradas de controle do câncer de mama, incluindo prevenção dos fatores de risco, detecção precoce dos tumores, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, reduzem a mortalidade e a morbidade do câncer. Existem duas estratégias que podem ser utilizadas para fazer a detecção precoce do câncer: o diagnóstico precoce e o rastreamento (Silva, 2012).

O rastreamento de câncer de mama é realizado apenas durante as consultas de médica e enfermeira, de forma oportunística. O exame clínico das mamas e a solicitação de mamografia são realizados na unidade de saúde, todos os dias da semana, em todos os turnos. A abordagem para a triagem do câncer de mama, além das palestras educativas, ocorre também durante as consultas de enfermagem e médica. Apenas médica, enfermeira e técnicas de enfermagem realizam a abordagem de pacientes para incentivo ao rastreamento do câncer de mama. O protocolo utilizado na unidade de saúde é o fornecido pelo Ministério da Saúde.

Apenas 54% das mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos estão com a mamografia em dia. Na unidade de saúde 34% das mulheres dessa faixa etária estão com mamografia em atraso a mais de três meses. A avaliação dos fatores de risco para câncer de mama é de 63%. Todas as mulheres em acompanhamento pela



unidade de saúde recebem orientações e esclarecimentos sobre câncer de mama e seus fatores de risco e a importância da realização da mamografia. Nos últimos 03 anos apenas 10 mulheres acompanhadas foram identificadas com mamografia alterada e nenhuma delas teve perda de seguimento.

Na unidade de saúde são realizadas ações para controle do peso, com participação da nutricionista do município, além de ações para estímulo da prática de atividade física e orientações sobre consumo de álcool. Também são realizadas ações sobre câncer de mama, seus fatores de risco, sinais e sintomas do câncer. Os fatores de risco para câncer de mama são avaliados em todas as pacientes que realizam as ações de rastreamento.

Observando a cobertura para prevenção do câncer de mama é importante esclarecer que a baixa adesão das pacientes se deve também à dificuldade do acesso ao exame de mamografia, que no município pode levar de seis meses a um ano para ser agendado.

As doenças cardiovasculares são responsáveis pelo maior índice de mortalidade no Brasil e no mundo. A HAS é a mais frequente das doenças cardiovasculares e também o principal fator de risco para as complicações mais comuns como acidente vascular encefálico, infarto agudo do miocárdio e doença renal crônica terminal.

O atendimento aos adultos portadores de HAS ocorre em três turnos diferentes durante a semana. Os pacientes são atendidos por médica, enfermeira, odontólogo, técnicas de enfermagem, auxiliar de consultório dentário e nutricionista. Apenas 16% dos pacientes acompanhados pela equipe de saúde apresentam consultas em atraso com mais de 07 dias.

Na unidade de saúde é realizado o programa HIPERDIA do Ministério da Saúde. O cadastramento do programa é feito pela médica, enfermeira, técnicas de enfermagem e recepcionista. Os cadastros realizados são enviados à Secretaria de Saúde por meio da médica, enfermeira, recepcionista e coordenador da unidade de saúde. O registro do atendimento aos hipertensos ocorre no prontuário clínico, na ficha de cadastramento do HIPERDIA, na ficha de atendimento odontológico e na ficha de avaliação nutricional. A médica, a enfermeira e os agentes comunitários de saúde se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação das ações relacionadas aos hipertensos, além da avaliação periódica dessas atividades.

Os exames complementares periódicos se encontram em dia em 64% dos hipertensos, evidenciando uma boa continuidade do atendimento. Considerando-se o cálculo da estratificação do risco cardiovascular por critério clínico a cobertura desse índice é de 91%.

As ações desenvolvidas na unidade de saúde englobam imunizações, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos gerais, problemas de saúde bucal, obesidade e sedentarismo.

A equipe de saúde como um todo realiza ações educativas e atividades em grupo com hipertensos, no âmbito da unidade de saúde e em espaços comunitários, em reuniões mensais. As orientações sobre prática de atividade física regular e orientação nutricional para uma alimentação saudável ocorrem durante as ações educativas e palestras realizadas pela equipe de saúde, além dos cuidados orientados no momento da consulta. Por isso o índice de cobertura é de 100%.

A avaliação de saúde bucal apresenta uma cobertura de apenas 19% devido a uma cultura fortemente presente nos idosos da preferência pelo uso da prótese dentária, solicitando a retirada da dentição mesmo que sadia.

No Brasil, o Diabetes Mellitus é responsável pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, de amputações de membros inferiores e representa uma parte significativa dos diagnósticos primários em pacientes com insuficiência renal crônica.

O atendimento aos adultos portadores de DM ocorre em três turnos diferentes durante a semana. Os pacientes são atendidos por médica, enfermeira, odontólogo, técnicas de enfermagem, auxiliar de consultório dentário e nutricionista. Não existem pacientes fora da área de cobertura que são atendidos na UBS.

As ações desenvolvidas na unidade de saúde englobam imunizações, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos gerais, problemas de saúde bucal, obesidade e sedentarismo. A médica, a enfermeira e os agentes comunitários de saúde se dedicam ao planejamento, gestão e coordenação das ações relacionadas aos diabéticos, além da avaliação periódica dessas atividades.

Na unidade de saúde são realizadas ações de orientação de hábitos alimentares saudáveis, controle do peso corporal, incentivo à prática regular de atividade física, malefícios do álcool e tabagismo. Também há orientação para reconhecimento dos sinais de complicações do DM, tanto em consultas quanto em

ações educativas. A orientação sobre prática de atividade física regular e orientação nutricional para alimentação saudável ocorrem em 100% dos diabéticos, tanto durante as consultas como em ações educativas e atividades em grupo. Os cuidados com pé diabéticos e complicações da diabetes mellitus também são orientados nesses momentos. Todos os integrantes da equipe de saúde participam das ações educativas e atividades em grupo com diabéticos, no âmbito da unidade de saúde e em espaços comunitários ocorrendo com periodicidade mensal.

Na unidade de saúde é realizado o programa HIPERDIA do Ministério da Saúde. O cadastramento do programa é feito pela médica, enfermeira, técnicas de enfermagem e recepcionista. Os cadastros realizados são enviados à Secretaria de Saúde por meio da médica, enfermeira, recepcionista e coordenador da unidade de saúde. O registro do atendimento aos diabéticos ocorre no prontuário clínico, na ficha de cadastramento do HIPERDIA, na ficha de atendimento odontológico e na ficha de avaliação nutricional.

Apenas 11% dos diabéticos apresentam atraso na consulta agendada de acompanhamento em mais de 07 dias. O índice de pacientes diabéticos com os exames periódicos em dia é de 68%.

Os diabéticos que tiveram seus pés examinados nos últimos 03 meses representam 66% do total. A medida da sensibilidade dos pés nos últimos 03 meses apresenta também índice de 66%, correspondente ao exame físico dos pés e à palpação dos pulsos tibial posterior e pedioso.

A avaliação da saúde bucal em dia corresponde a apenas 20% dos diabéticos, já que a cultura da preferência pelo uso da prótese dentária é muito presente.

O envelhecimento populacional é um fato marcante que vem ocorrendo nas últimas décadas no Brasil e no mundo, tornando a saúde da pessoa idosa um importante aspecto na Atenção Básica de Saúde.

O atendimento aos idosos na unidade de saúde ocorre em quatro dias durante a semana, em todos os turnos, sendo atendidos apenas idosos da área de cobertura. A flexibilidade do horário de atendimento facilita a marcação de consultas e a cobertura dessa faixa etária. Os profissionais que participam do atendimento aos idosos são médica, enfermeira, nutricionista, odontólogo, técnicas de enfermagem, auxiliar de consultório dentário.

Os profissionais que se dedicam ao planejamento, gestão, coordenação e avaliação das ações dispensadas aos idosos são a médica, a enfermeira e agentes comunitários de saúde. O protocolo para o atendimento de idosos na unidade de saúde foi produzido pelo Ministério da Saúde no ano de 2007.

As ações desenvolvidas na unidade de saúde incluem imunizações, promoção de atividade física, hábitos alimentares saudáveis e saúde bucal, diagnóstico e tratamento de problemas clínicos em geral, saúde bucal, obesidade e sedentarismo.

O registro de atendimento a idosos ocorrem apenas em prontuário clínico e ficha de atendimento odontológico. A avaliação da capacidade funcional global do idoso ocorre esporadicamente nas consultas clínicas/exame físico. A criação de uma ficha individual que facilite a avaliação sistemática dos idosos pode facilitar sua avaliação completa e individualizada.

As atividades em grupos de idosos realizadas na unidade de saúde estão intimamente relacionadas à DM e HAS, já que uma grande parte dos idosos são portadores dessas morbidades. A abordagem de idosos não portadores de doenças crônicas ainda é deficiente, pois aspectos como cuidados com acidentes domiciliares, depressão em idosos não são abordados tão organizadamente. As atividades em grupo correspondem a 10% dos idosos da área de abrangência e são realizadas uma vez ao mês. As visitas domiciliares são organizadas e realizadas pela médica, enfermeira e técnicas de enfermagem. O levantamento dos idosos que necessitam de cuidado domiciliar é realizado pelos agentes comunitários de saúde.

A caderneta de saúde da pessoa idosa não é distribuída no município pelo baixo número de exemplares disponíveis para a utilização. Não existe estatuto do idoso disponível na unidade de saúde, o que fere os direitos desses cidadãos, pois pode ser um instrumento esclarecedor para todos os usuários. Não existem programas específicos de atenção ao idoso implantado na unidade de saúde. A Avaliação Multidimensional Rápida também não é realizada pela equipe de saúde. Por ser um processo complexo e relativamente extenso, é necessário sistematizar essa avaliação, criando uma ficha específica a ser anexada no prontuário do idoso, de forma a facilitar sua realização durante as consultas clínicas.

Os idosos da área de abrangência apresentam índice de cobertura de 90% para acompanhamento em dia. Tal índice é justificado pela grande associação dos

idosos da área de abrangência com HAS e DM, o que facilita manter o acompanhamento em dia. Dos idosos residentes na área de abrangência, 77% possuem hipertensão arterial sistêmica e 11% possuem diabetes mellitus, demonstrando a alta associação da faixa etária avaliada com as doenças crônicas mais incidentes. Apenas 7% do total de idosos residentes na área possuem consultas com mais de 03 meses de atraso.

A avaliação do risco de morbimortalidade ocorre em 83% dos idosos. A investigação de indicadores de fragilização na velhice ocorre em apenas 33%, uma baixa cobertura. A avaliação da perda de peso não intencional, fadiga referida, baixo nível de atividade física são importantes fatores para avaliar a capacidade funcional dos idosos por isso se faz necessário uma maior abordagem durante as consultas clínicas, de forma sistematizada.

Os idosos que recebem orientação nutricional para hábitos alimentares saudáveis correspondem a 90% do total, assim como a orientação de atividade física regular.

A avaliação de saúde bucal ocorre em apenas 15% dos idosos. Esse índice reflete uma cobertura muito baixa para saúde bucal. Esse índice é explicado por dois fatores distintos: a falta de integração das atividades do odontólogo às ações da equipe de saúde e a cultura arraigada do uso de próteses dentárias como alternativa à dentição residual e seus cuidados.

Fazendo uma análise ampla do processo trabalho, a unidade de saúde analisada consegue realizar os programas da Atenção Básica recomendados pelo Ministério da Saúde, com uma boa cobertura da população da área adscrita, necessitando uma sistematização mais eficaz e organizada das atividades desenvolvidas. As ações educativas, em geral, estão sendo desenvolvidas efetivamente com uma participação ativa de todos os integrantes da equipe de saúde, tanto no âmbito da unidade de saúde quanto em espaços comunitários de grande abrangência. As ações preventivas de rastreamento também se encontram bem estabelecidas nas rotinas, assim como as orientações preventivas durante as consultas realizadas.

A maioria dos programas possui um protocolo que rege e coordena as ações desenvolvidas pela equipe de saúde, assim como a presença de um grupo de profissionais que avaliam e coordenam a eficácia das ações desenvolvidas por cada

programa. O acolhimento aos usuários é realizado de forma constante e organizada pela equipe de saúde como um todo.

No decorrer das análises realizadas alguns itens se tornaram surpreendentes, tanto pela falta de realização em alguns setores quanto pela organização e eficácia em outros, evidenciando fragilidades em alguns aspectos do processo de trabalho. A ausente cobertura de saúde mental em vários programas analisados se mostrou um fator de surpresa e uma falha no seguimento dos usuários, quando comparado a um pré-natal bem estruturado e extremamente eficaz. A saúde bucal mostrou-se como um item à parte, um apêndice na estratégia da saúde da família, o que também foi uma falha demonstrada em quase todas as avaliações.

A necessidade de engajamento e participação de toda a equipe de saúde ficou fortemente evidenciada nesse processo de análise, pois o entendimento e ação de toda equipe é fundamental para o bom funcionamento dos programas e das ações realizadas na unidade. Durante esse processo algumas das avaliações já causaram um impacto positivo nas realizações dos trabalhos da equipe de saúde como na organização e agendamento subsequentes dos hipertensos e diabéticos, a implementação e fortalecimento da busca ativa dos pacientes faltosos e criação de estratégias a fim de incentivar e melhorar a participação popular na construção do processo de trabalho a unidade de saúde, com a realização da ferramenta de grupo focal.

A realização de um curso de aperfeiçoamento em acolhimento, com a participação do médico e enfermeiro da unidade de saúde, teve o objetivo de melhorar o acolhimento os usuários da área de abrangência e está sendo multiplicado para os demais membros da equipe de saúde e outras ESF do município, pois essa necessidade foi sentida pelos profissionais. As pequenas mudanças que começaram a se tornar efetivas na unidade de saúde já causam impacto na melhoria da assistência, já que os aprimoramentos permitem uma maior efetividade das ações e fluência nos serviços disponibilizados.

### **1.3 Comentário comparativo sobre o texto inicial e o Relatório da Análise Situacional**

Por último, comparando a ponderação inicial a respeito da UBS com a análise realizada durante o período de avaliação, no que se refere à estrutura física, programas desenvolvidos, envolvimento popular e atribuições dos profissionais, o relatório desenvolvido no segundo momento mostrou uma análise mais aprofundada do desenvolvimento do processo de trabalho realizado na unidade de saúde.

Acredito que na avaliação inicial havia o desconhecimento de todas as atribuições dos profissionais na equipe de saúde, o que limitou a avaliação da efetividade de cada profissional. Da mesma forma, não conhecia os aspectos a serem explorados em cada programa desenvolvido, suas abrangências, suas funções e rotinas, o que levou a uma análise mais simplificada das ações.

Desta forma, o desconhecimento inicial das ações a serem desenvolvidas pela ESF levou à uma avaliação baseada num conhecimento simplório das atividades e pouco profundo, como consequência.

Noto também que a avaliação inicial foi superficial, pois estava muito focada apenas nas questões estruturais da unidade física e foi desprendida pouca atenção para a avaliação dos programas e sua efetividade na rotina da unidade de saúde. Existia uma maior dificuldade, um desconhecimento da profundidade da análise detalhada que foi realizada posteriormente. As ferramentas para a avaliação das ações oferecidas pela unidade de saúde eram limitadas e escassas. O processo de avaliação que realizei posteriormente foi profundo e modificou a visão sobre o funcionamento das atividades e as melhorias que podem ser implantadas para o avanço em busca de uma Atenção Básica eficaz e ampla.

A minha visão das atividades numa ESF também se transformou, já que durante todo o processo tive a oportunidade de aprender sobre as rotinas, funções e o processo de trabalho da equipe de saúde, modificando e aprofundando minha percepção do que realmente pode ser realizado para melhorar a saúde da população na Atenção Básica, através de estratégias e planejamento de ações.

## **2. ANÁLISE ESTRATÉGICA – PROJETO DE INTERVENÇÃO**

### **2.1 Justificativa**

A puericultura é definida como o conjunto de técnicas empregadas para assegurar o perfeito desenvolvimento físico e mental da criança, desde o período de gestação até a idade de 04 ou 05 anos, e, por extenso, da gestação à puberdade (Bonilha, 2005).

A definição contemporânea de puericultura, de acordo com Blank (2003, p. 14) “é que se trata de uma ciência que reúne todas as noções (fisiologia, higiene, sociologia) suscetíveis de favorecer o desenvolvimento físico e psíquico das crianças desde o período da gestação até a puberdade”. A atenção à criança que engloba os aspectos biológicos, psicológicos e sociais, pode prevenir doenças, auxiliar na expressão genética plena, livre de interferências do meio, e resultar em um adulto mais saudável, com melhor qualidade de vida.

As exigências modernas de atenção abrangente às chamadas “novas morbidades” (problemas familiares e sociais, problemas escolares e de comportamento, violência e maus-tratos, injúrias físicas, risco de suicídio, obesidade, abuso de drogas, riscos da atividade sexual, etc.), somadas às ações tradicionais (monitorização do crescimento, orientação nutricional, imunizações, etc.), excederam em muito a capacidade de atendimento do modelo tradicional, levando a puericultura a se tornar uma avaliação multifuncional (Blank, 2003). O acompanhamento da criança na unidade de saúde ao longo de sua vida, conhecendo seu ambiente de vivência e sua rede de apoio, proporciona a detecção precoce de problemas que possa afetar o bom desenvolvimento e crescimento infantil. Dessa forma, a



importância da puericultura fica evidenciada na redução da mortalidade infantil que vem ocorrendo no país nas últimas décadas, após a implantação dessa ação programática.

A população adscrita na unidade de saúde Jorge Heine referente à faixa etária de zero a 72 meses é de 268 crianças em sua totalidade, sendo que 73 destas crianças têm menos de 01 ano de idade, 123 estão entre 01 e 04 anos e 72 crianças têm de 05 a 06 anos. Atualmente, apenas 37% das crianças da área de cobertura possuem a consulta de puericultura em dia, de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde; 23% das crianças realizam o teste do pezinho na primeira semana de vida, e 13% participam da primeira consulta de puericultura durante a primeira semana de vida da criança; 20% das crianças tem o índice de crescimento e desenvolvimento acompanhados durante as consultas de puericultura; apenas 7% das crianças dessa faixa etária tem a avaliação de saúde bucal realizada; a triagem auditiva também só acontece em 13% dos recém-nascidos. As orientações de amamentação exclusiva são oferecidas a 100% das mães de crianças em puericultura e 97% das crianças na faixa etária da puericultura estão com a vacinação em dia. A adesão dos usuários ao programa encontra-se enfraquecida pela falta de organização e sistematização da puericultura na unidade de saúde, o que dificulta a busca ativa de pacientes e continuação do cuidado das crianças cobertas.

Os índices apresentados foram retirados do SIAB e mostram uma qualidade de atenção à criança fragilizada, com uma abrangência limitada e ineficiente, necessitando ampliação e reestruturação das ações do programa, a fim de melhorar a saúde infantil na área adscrita. Algumas ações de prevenção como incentivo a amamentação exclusiva, orientações de cuidados com os recém-nascidos e vacinação já estão bem estabelecidas na unidade de saúde, podendo se tornar o ponto de partida para a ampliação do programa à comunidade.

A puericultura na unidade de saúde Jorge de Souza Heine encontra-se parcialmente implantada, principalmente em ações de prevenção de doenças e promoção da saúde, porém existem alguns obstáculos no funcionamento da ação como a dificuldade de se estabelecer uma agenda programada que inclua todas as atividades da ação programática como consultas agendadas e sequenciais de acordo com o protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde; a falta de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças inscritas no programa de puericultura

através de ficha adaptada à realidade da população; a ausência de envolvimento do odontólogo e auxiliar de consultório nas ações de puericultura, tanto curativas quanto preventivas; a dificuldade de busca ativa de usuários devido à privação da sistematização do programa de atendimento; a falta do grupo de pais das crianças acompanhadas pelo programa.

Diante dos índices e fragilidades expostas na avaliação do processo de trabalho, ficou evidente a necessidade da melhoria da puericultura na área adscrita pela unidade de saúde Jorge de Souza Heine, com o objetivo de ampliar a assistência à saúde infantil e melhorar o acesso da comunidade ao serviço de saúde. O projeto de intervenção na ação programática da puericultura possui aspectos que favorecem sua implantação, já que muitas ações podem ser organizadas e desenvolvidas pela equipe de saúde, modificando a forma de atendimento com o objetivo de priorizar a saúde infantil. Outra perspectiva importante no projeto de intervenção é que muitas ações podem ser fortalecidas e criadas apenas com o envolvimento e sensibilização dos integrantes da equipe de saúde, criando uma saúde integral e acesso facilitado aos diversos serviços oferecidos pela unidade de saúde, além da criação de uma visão global da saúde da criança. Entendendo a puericultura como um dos alicerces da atenção básica é fundamental que a saúde da criança seja uma prioridade nas ações em saúde primária.

## **2.2 OBJETIVOS E METAS**

### **2.2.1 Objetivo geral**

Melhorar a atenção à Saúde da Criança

### **2.2.2 Objetivos Específicos**

1. Ampliar a cobertura da atenção à saúde da criança
2. Melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança

3. Melhorar a qualidade do atendimento à criança
4. Melhorar o registro das informações
5. Mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência
6. Promover a Saúde

### **2.2.3 Metas**

**Relativas ao objetivo 1:** Ampliar a cobertura da atenção às crianças.

1. Ampliar a cobertura da puericultura de crianças entre zero e 72 meses da Unidade Básica de Saúde (UBS) para 60% em quatro meses e 100% em oito meses.
2. Realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 100% das crianças cadastradas.
3. Ampliar a cobertura da primeira consulta odontológica para 60% das crianças moradoras da área de abrangência, de 6 a 72 meses de idade em quatro meses, alcançando 100% em doze meses.

**Relativas ao objetivo 2:** Melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança

1. Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas à consulta.
2. Fazer busca ativa de 100% das crianças de 6 a 72 meses da área, com primeira consulta odontológica, faltosas às consultas.

**Relativas ao objetivo 3:** Melhorar a qualidade do atendimento à criança

1. Monitorar o crescimento em 100% das crianças.
2. Monitorar 100% das crianças com déficit de peso.

3. Monitorar 100% das crianças com excesso de peso.
4. Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.
5. Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças.
6. Realizar teste do pezinho em 100% das crianças até 7 dias de vida.
7. Concluir o tratamento odontológico em 60% das crianças entre 6 a 72 meses de idade com a primeira consulta odontológica programática em quatro meses, com alcance de 100% em dezoito meses.
8. Realizar triagem auditiva em 100% das crianças.
9. Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade.

**Relativas ao objetivo 4:** Melhorar registros das informações

1. Manter registro na ficha espelho de saúde da criança/ vacinação de 100% das crianças que consultam no serviço.

**Relativas ao objetivo 5:** Mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência

1. Realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa.

**Relativas ao objetivo 6:** Promover a saúde

1. Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança.
2. Colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta
3. Fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças.

4. Orientar sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% responsáveis das crianças de 0 a 72 meses cadastradas no programa de puericultura da unidade de saúde.

5. Orientar sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias para 100% dos responsáveis de crianças de 0 a 72 meses de idade cadastradas no programa de puericultura da unidade de saúde.

## **2.3 METODOLOGIA**

Este projeto está estruturado para ser desenvolvido no período de 3 meses na Unidade de Saúde da Família (USF) Jorge de Souza Heine, no município de Itambé, na Bahia. Estarão incluídas na intervenção 268 crianças, na faixa etária de zero a setenta e dois meses de idade, da área de abrangência. Os cadastros serão realizados durante o atendimento de puericultura nos meses de intervenção. Serão utilizados serão o Caderno de Atenção Básica de Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento nº 33 do Ministério da Saúde (2012), Caderno de Atenção Básica de Saúde da Criança: Nutrição Infantil nº 23 do Ministério da Saúde (2009) e Caderno de Atenção Básica de Saúde da Criança nº 11 do Ministério da Saúde (2002).

### **2.3.1 Detalhamento de Ações**

O primeiro objetivo é ampliar a cobertura da atenção à saúde da criança, tendo como metas a ampliação da cobertura da atenção à saúde de crianças entre zero e 72 meses da unidade saúde para 60% nos primeiros quatro meses, com alcance de 100% em oito meses; a realização da primeira consulta na primeira semana de vida para 100% das crianças cadastradas e a ampliação da cobertura de primeira consulta odontológica para 60% das crianças moradoras da área de abrangência, de 6 a 72 meses de idade em quatro meses, com previsão de alcance de 100% em doze meses.

Para ampliar a cobertura da atenção à saúde da criança, no eixo de monitoramento e avaliação, será utilizada pela médica e enfermeira uma ficha espelho fornecida pelo município, com gráficos do crescimento, marcos do desenvolvimento infantil e acompanhamento odontológico, além da captação precoce de recém-nascidos pelos ACS e enfermeira durante a visita puerperal para inserção no programa, orientações sobre a puericultura durante o pré-natal para conscientização precoce e registro em ficha espelho fornecido pelo curso de pós-graduação para acompanhamento das crianças inseridas no programa. No que tange a organização e gestão do serviço, o cadastramento das crianças na faixa etária ocorrerá por meio de convocação realizada pelos ACS durante as visitas domiciliares e captação de pais e crianças que comparecerem à unidade de saúde em busca de diferentes serviços. A priorização do atendimento às crianças ocorrerá pela implantação e organização da agenda de puericultura e marcação de consultas subsequentes das crianças em acompanhamento pela médica em conjunto com equipe de saúde, com disponibilização de um turno semanal às quartas-feiras para tal ação. O engajamento público acontecerá por meio de palestras educativas e instrutivas a respeito da puericultura e suas facilidades, esclarecendo e informando à comunidade da importância do programa, além das orientações durante o pré-natal e a criação do grupo de pais/responsáveis para o incentivo ao acompanhamento da saúde da criança. As palestras ocorrerão quinzenalmente, realizadas por médica, enfermeira e odontólogo. Alternadamente às palestras, ocorrerão salas de espera realizadas por toda a equipe de saúde, no período que antecede as consultas de puericultura de médica e enfermeira. A qualificação da prática clínica ocorrerá por meio de uma capacitação da equipe de saúde no acolhimento da criança, nas Políticas de Humanização e adoção dos protocolos referentes à saúde da criança propostos pelo Ministério da Saúde, apresentando a ficha espelho da puericultura, construindo uma rotina de atendimento e informando as orientações a serem oferecidas na comunidade sobre este programa de saúde. Tal capacitação ocorrerá no dia 17 de setembro na unidade de saúde e será realizada pela médica.

Para realizar a primeira consulta na primeira semana de vida nas crianças cadastradas, no eixo de monitoramento e avaliação, serão registradas na ficha espelho, as crianças cadastradas e acompanhadas no programa, pela equipe de saúde. Os recém-nascidos serão captados para o programa no momento da

realização do teste do pezinho, por enfermeira e técnicas de enfermagem. Ocorrerá também a atualização frequente do registro das crianças inscritas no programa, a cada consulta realizada por médica e enfermeira. A organização e gestão do serviço acontecerão pela busca ativa de gestantes no final da gestação e puérperas acompanhadas na unidade de saúde com o objetivo de captar os recém-nascidos precocemente, por ACS, médica e enfermeira durante as visitas domiciliares e puerperais. O engajamento público se responsabilizará pela informação às mães sobre as facilidades oferecidas na unidade de saúde para a realização da atenção à saúde da criança, na forma de palestras para grupo de pais/ responsáveis, pré-natal e comunidade em geral. A qualificação da prática clínica ocorrerá na forma de capacitação da equipe de saúde no acolhimento da criança, nas Políticas de Humanização e para adoção dos protocolos referentes à saúde da criança propostos pelo Ministério da Saúde, por meio de cursos ministrados por médica e enfermeira, com objetivo de sensibilizar a equipe sobre a importância do programa da puericultura. A qualificação também tem como objetivo construir a rotina de atendimento em conjunto com a equipe de saúde e exposição da ficha espelho da puericultura.

A ampliação da cobertura de primeira consulta odontológica para as crianças moradoras da área de abrangência, de 6 a 72 meses de idade, quanto ao monitoramento e avaliação, acontecerá pela avaliação inicial, por médica e enfermeira, do estado de saúde bucal da criança durante as consultas de puericultura, com encaminhamento subsequente ao atendimento odontológico. O registro em prontuário pelo odontólogo das condições da saúde bucal da criança é outra ferramenta fundamental de monitoração do programa. A organização e gestão do serviço têm como ferramenta importante o acolhimento das crianças e seu familiar na unidade de saúde, com capacitação pela médica e enfermeira, da equipe de saúde. O objetivo desse acolhimento é atender, captar e encaminhar pais e crianças na faixa etária da puericultura que procurem a unidade para outros serviços. Ao procurar a unidade de saúde, os pais/responsáveis por crianças na faixa etária de zero a 72 meses serão abordados por algum membro da equipe de saúde e encaminhados ao agendamento para puericultura. O cadastro das crianças da área de abrangência de 6 a 72 meses de idade é a base de funcionamento do programa, portanto a realização da busca ativa de crianças ainda não inscritas na unidade de saúde por meio dos ACS e das visitas domiciliares e a atualização de fichas e envelopes das famílias

mensalmente pelos ACS são imprescindíveis para alcançar todas as crianças incluídas nessa faixa etária. A oferta de atendimento prioritário às crianças na unidade de saúde, com acolhimento de pais e crianças incentivando a participação na puericultura, o esclarecimento da comunidade sobre oferta de vagas no programa por meio das visitas domiciliares dos ACS e profissionais de saúde e palestras educativas na unidade de saúde são estratégias para organizar o programa de puericultura. A agenda de saúde bucal será organizada em conjunto com o odontólogo e auxiliar de consultório dentário, buscando a reserva de 01 vaga diária para pacientes oriundos da puericultura, de forma que sejam encaminhados durante as consultas do programa, pela médica e enfermeira. O engajamento público ocorrerá pela informação à comunidade sobre atendimento odontológico prioritário de crianças na puericultura e de sua importância para a saúde geral, além de demais facilidades oferecidas na unidade de saúde. Tais esclarecimentos e informações acontecerão por meio de palestras ministradas por médico, odontólogo e enfermeiro, com grupo de pais/responsáveis, nas consultas de pré-natal e puericultura. Os cuidados com os dentes decíduos serão orientados durante palestras sobre saúde bucal no grupo de pais/responsáveis, durante as consultas de pré-natal e puericultura, por meio do médico, enfermeiro e odontólogo. A qualificação da prática clínica ocorrerá na capacitação realizada por médica e enfermeira da equipe de saúde sobre acolhimento das crianças da puericultura, além da realização de palestra e cursos na unidade de saúde para esclarecer o funcionamento do programa, a necessidade do acolhimento e da busca ativa para o funcionamento pleno. A busca ativa e a sensibilização dos pais na participação do programa da puericultura, explicitando suas vantagens e forma de funcionamento será realizada após capacitação dos ACS. O cirurgião dentista será capacitado pela médica para o correto preenchimento da ficha de acompanhamento da criança nas consultas odontológicas e sensibilizado para a necessidade de utilização da ficha para um acompanhamento integral das crianças na puericultura.

O segundo objetivo específico é melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança tendo como metas fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas às consultas e fazer busca ativa de 100% das crianças de 6 a 72 meses da área, com primeira consulta odontológica, faltosas às consultas.

Para realizar a busca ativa das crianças faltosas às consultas, no eixo de monitoramento e avaliação, a ação será avaliar o cumprimento da periodicidade das



consultas previstas no protocolo por meio da atualização das fichas-espelho de puericultura a cada dia de consulta do programa, de forma a ter controle do comparecimento da criança, por médica e enfermeira. Os ACS realizarão semanalmente a busca ativa dos pacientes faltosos detectados na atualização das fichas e no agendamento da unidade de saúde, com novo prazo estabelecido para o comparecimento ao serviço. Os prontuários dos pacientes faltosos serão apresentados aos ACS na recepção, sendo informada a nova data de agendamento disponível. Também será monitorado o número médio de consultas realizadas pelas crianças, pela revisão mensal das fichas-espelho pela médica e enfermeira. Com relação à organização e gestão do serviço, as visitas domiciliares às crianças faltosas serão realizadas semanalmente, por ACS e profissionais da equipe de saúde, ofertando novo momento para o comparecimento. Será organizado na agenda um horário/ turno para acolher as crianças provenientes das buscas. A agenda de atendimento deverá ter vagas disponibilizadas para consulta dos faltosos e remanejamentos. O engajamento público será feito pela informação sobre a importância do acompanhamento regular da criança, no grupo de pais/responsáveis por médico e enfermeiro, além das orientações a gestantes sobre o programa e sua importância. A qualificação da prática clínica ocorrerá pelo treinamento dos ACS por médico e enfermeiro na identificação das crianças em atraso, através da caderneta da criança e fichas-espelho.

Na realização da busca ativa de crianças às consultas odontológicas, no eixo monitoramento e avaliação, será realizada a avaliação da periodicidade das consultas, através da fichas-espelho, observando a cada consulta de puericultura a regularidade do atendimento odontológico, de acordo com a necessidade identificada. O monitoramento dos faltosos ocorrerá por uma lista que a médica solicitará ao odontólogo, para realizar a busca ativa pelos ACS. A regularidade da assistência odontológica será monitorada pelo médica e enfermeira, por meio da ficha-espelho. A organização das visitas domiciliares para busca de faltosos será coordenada por médica e enfermeira e realizada pelos ACS, com novo agendamento. A agenda do odontólogo disponibilizará vagas para o remanejamento de pacientes faltosos. O engajamento público ocorrerá na forma de consultas regulares com a comunidade/grupo de pais para avaliar e organizar o programa, a fim de adequar o programa às necessidades da população. Na qualificação da prática clínica, a médica

e a enfermeira capacitarão a equipe de saúde para esclarecer à comunidade a importância do atendimento em saúde bucal, por meio de cursos sobre saúde bucal na criança, com o apoio do odontólogo, demonstrando a necessidade desse acompanhamento na infância. Os ACS serão capacitados para realizar a busca das crianças faltosas ao tratamento odontológico, por meio de uma reunião expondo a dinâmica de remarcação de pacientes faltosos, para uma melhor orientação aos pais.

O terceiro objetivo é melhorar a qualidade do atendimento à criança tendo como metas o monitoramento do crescimento em 100% das crianças, em 100% das crianças com déficit de peso, em 100% das crianças com excesso de peso e monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças, além da realização da suplementação de ferro em 100% das crianças, realização do teste do pezinho em 100% das crianças até 07 dias de vida, realização da triagem auditiva em 100% das crianças, vacinação de 100% das crianças de acordo com a idade e conclusão do tratamento odontológico em 60% das crianças entre 6 a 72 meses de idade com primeira consulta odontológica programática em quatro meses, com alcance de 100% em dezoito meses.

Para realizar o monitoramento do crescimento das crianças, das crianças com déficit e excesso de peso, no eixo de monitoramento e avaliação será realizado o preenchimento da ficha de acompanhamento do crescimento/desenvolvimento anexada ao prontuário da criança e confeccionada na unidade de saúde a cada consulta realizada por médica e enfermeira. Ocorrerá também o preenchimento da caderneta de saúde da criança a cada consulta feita por médica e enfermeira. A curva de crescimento será avaliada a cada consulta realizada por médica e enfermeira, identificando desvios que possam sofrer intervenção precoce. Quanto à organização e gestão do serviço, será garantido o material adequado para realização das medidas antropométricas (balança, antropômetro, fita métrica), por meio da solicitação à gestão, pela equipe de saúde, o material necessário para a realização de medidas infantis. A solicitação ocorrerá em uma reunião com gestores, a fim de sensibilizá-los da necessidade e importância do programa da puericultura. A versão impressa atualizada do protocolo disponibilizado pelo Ministério da Saúde será disponibilizada no serviço para que toda a equipe de saúde possa consultar quando necessário, sendo solicitada à gestão a impressão de quatro vias do protocolo. O engajamento público ocorrerá através do compartilhamento das condutas esperadas em cada consulta de puericultura com os pais/responsáveis pela criança para que possam

exercer o controle social. A equipe de saúde irá realizar reuniões periódicas com grupo de pais/responsáveis, explicando as ações das consultas de puericultura e demonstrando sua importância no acompanhamento da saúde da criança, adequando-as à realidade da comunidade, além das orientações durante a consulta com médico e enfermeiro sobre como ler a curva de crescimento identificando sinais de anormalidade. No âmbito da qualificação da prática clínica, será realizado treinamento com os integrantes da equipe de saúde para demonstrar as técnicas de medidas, com crianças inscritas no programa e durante as consultas, além da avaliação periódica por médico e enfermeiro das medições realizadas e suas técnicas. A equipe terá suas ações padronizadas com base no protocolo do Ministério da Saúde disponibilizado, adaptando-o à realidade da comunidade. Médica e enfermeira irão realizar treinamento com os integrantes da equipe de saúde para demonstrar o correto preenchimento da ficha de acompanhamento, caderneta de saúde e curva de crescimento, avaliando periodicamente os dados preenchidos.

O desenvolvimento das crianças da puericultura será monitorado e avaliado por meio da ficha de acompanhamento do crescimento/desenvolvimento anexada ao prontuário da criança e confeccionada na unidade de saúde, devendo ser preenchida a cada consulta realizada por médica e enfermeira. A caderneta de saúde da criança também deverá ser completada a cada consulta realizada por médica e enfermeira, além da detecção de crianças com alterações nos marcos do desenvolvimento, com objetivo de realizar intervenções precoces. No âmbito da organização e gestão do serviço, deverá ser garantido o encaminhamento ao especialista de crianças com atraso no desenvolvimento para diagnóstico e tratamento. O engajamento público ocorrerá com o compartilhamento das condutas esperadas em cada consulta de puericultura com os pais e/ou responsáveis pela criança para que possam exercer o controle social, por meio de realização, por médica e enfermeira, de reuniões periódicas com grupo de pais/responsáveis. As ações das consultas de puericultura deverão ser esclarecidas, demonstrando sua importância no acompanhamento da saúde da criança e também a explicação dos procedimentos de cada consulta de puericultura realizada e os marcos do desenvolvimento esperados a cada faixa etária. A qualificação da prática clínica ocorrerá pela capacitação da equipe para monitorar o desenvolvimento de acordo com a idade da criança, realizando reunião informativa para apresentar os marcos do desenvolvimento infantil e sua importância na saúde da

criança, além de esclarecer a necessidade de monitoração dos marcos de desenvolvimento. A equipe de saúde também será capacitada para o preenchimento da ficha de acompanhamento do desenvolvimento.

A suplementação de ferro nas crianças será monitorada e avaliada durante a consulta de puericultura realizada por médica e enfermeira, por meio do preenchimento da ficha de acompanhamento. A organização e gestão do serviço ocorrerão com a garantia da dispensação do medicamento durante as consultas de puericultura por médica e enfermeira, além de abordagem das crianças fora do programa pela equipe de saúde, a fim de ampliar e facilitar o acesso à medicação. O estoque é controlado pela recepcionista da unidade de saúde. O engajamento público será realizado com a orientação pais/responsáveis sobre a importância da suplementação de ferro para o bom desenvolvimento infantil, durante as consultas do programa e reuniões com grupo. A qualificação da prática clínica ocorrerá com esclarecimento da médica para as recomendações de suplementação de sulfato ferroso do Ministério da Saúde, por meio do protocolo do Ministério da Saúde para suplementação do ferro.

Para a realização do teste do pezinho nas crianças até 07 dias de vida, no eixo de monitoramento e avaliação, será realizada pelos ACS a captação precoce dos recém-nascidos para realizar a primeira consulta de puericultura associada ao teste do pezinho e consulta puerperal, atingindo a saúde de forma integral de mãe e filho. O registro de recém-nascidos que realizaram o teste do pezinho com 07 dias de vida pela equipe de saúde na ficha da puericultura também será uma ferramenta de monitoração das ações, além da busca ativa de crianças que não realizaram teste do pezinho na primeira semana de vida pelos ACS. A organização e gestão do serviço terão como objetivo garantir junto ao gestor a realização de teste do pezinho. Será realizada uma reunião com a equipe de saúde e o gestor, na tentativa de sensibilização da importância do fornecimento regular de material para realizar teste do pezinho. No engajamento público, a comunidade, em especial gestantes, será orientada sobre a importância de realizar teste do pezinho em todos os recém-nascidos até 07 dias de vida, em palestras no grupo de gestantes e orientações durante a consulta de pré-natal por médica e enfermeira para incentivo e esclarecimento da importância do teste do pezinho. Na qualificação da prática clínica, todos os profissionais de enfermagem da unidade de saúde serão avaliados para

confirmar se estão aptos para realizar o teste do pezinho. Caso haja necessidade, será providenciada a capacitação, pelo enfermeiro.

Para realizar a triagem auditiva em 100% das crianças, no eixo de monitoramento e avaliação, será realizada pela médica e enfermeira orientações da importância do teste da orelhinha durante a primeira consulta de puericultura. Além disso, o registro na ficha espelho facilitará a busca dos recém-nascidos que ainda não realizaram o exame a fim de estimular os pais/responsáveis a levar a fazer a triagem. A organização e gestão do serviço buscará apoio junto ao gestor municipal, para a realização da triagem, já que o teste não está disponível na cidade. Será feita pela médica a sugestão para agendamento da triagem na unidade de saúde, de acordo com o transporte disponibilizado pelo município. A reunião tentará sensibilizar o gestor para a importância do teste e da necessidade de criação de uma rotina de agendamento e transporte para o deslocamento de mães e recém-nascidos. No engajamento público, a médica, a enfermeira e os ACS orientarão pais/responsáveis sobre a importância da realização da triagem auditiva para detecção precoce de doenças do aparelho auditivo no recém-nascido, durante o pré-natal e na primeira consulta de puericultura. Na qualificação da prática clínica, a médica irá capacitar toda a equipe sobre a importância da triagem auditiva e sua inserção no protocolo de atendimento da saúde da criança.

Para vacinar 100% das crianças de acordo com a idade, no eixo de monitoramento e avaliação, será realizada o acompanhamento da situação vacinal das crianças por médica, enfermeira e ACS através da ficha espelho preenchida na puericultura e no cartão sombra de cada ACS, identificando possíveis atrasos vacinais. A organização e gestão do serviço terá como objetivo garantir a continuidade da vacinação, solicitando às técnicas de enfermagem e enfermeira o envio das solicitações de vacina e materiais relacionados (agulhas, seringas) dentro do prazo estabelecido pela Vigilância Epidemiológica, além da sensibilização da gestão para a importância da continuidade do fornecimento constante das vacinas. Além disso, será mantida a demanda livre à vacinação na unidade de saúde. No engajamento público a médica, enfermeira, ACS e técnicas de enfermagem serão responsáveis pela orientação frequente de pais/ responsáveis da importância da vacinação e de completar o calendário vacinal, para a proteção infantil plena. A qualificação da prática clínica envolverá uma capacitação pela enfermeira para médica, técnicas de

enfermagem e ACS sobre o calendário vacinal e avaliação do seu registro, além dos prazos de vacina.

Para concluir o tratamento odontológico das crianças inseridas na puericultura com primeira consulta odontológica programática, no eixo de monitoramento e avaliação, serão observadas nas fichas de acompanhamento o registro das consultas odontológicas, observando o plano de tratamento estabelecido pelo odontólogo e avaliando sua conclusão durante as consultas de puericultura com médica e enfermeira. A organização do serviço ocorrerá pela solicitação do médico ao odontólogo e seu auxiliar, a disponibilização de vagas para crianças em acompanhamento no programa, garantindo a continuidade do tratamento. No engajamento público, serão realizadas por médica e enfermeira, orientações sobre a importância da saúde bucal durante as consultas de puericultura e nas reuniões do grupo de pais/responsáveis. Na qualificação da prática clínica, equipe de saúde será capacitada para monitorar a adesão das crianças ao tratamento odontológico, pela ficha de acompanhamento da puericultura. Os ACS serão orientados pelo odontólogo, enfermeira e médica sobre o questionamento dos pais a respeito do tratamento odontológico das crianças inscritas no programa.

O quarto objetivo é melhorar o registro das informações tendo como metas a manutenção do registro na ficha espelho de saúde da criança/ vacinação de 100% das crianças que consultam no serviço e a realização do registro na ficha padronizada de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento em 100% das crianças entre zero e 72 meses cadastradas no programa.

Para manter registro na ficha espelho de saúde da criança/ vacinação das crianças que consultam no serviço no eixo de monitoramento e avaliação, serão avaliadas as fichas de acompanhamento da criança na unidade de saúde e seu correto preenchimento. No eixo de organização e gestão do serviço, serão registrados na ficha de acompanhamento os dados obtidos durante as consultas realizadas por médica e enfermeira, além da solicitação da caderneta da criança para preenchimento e conferência dos dados nas consultas. As fichas-espelho da puericultura deverão ser mantidas atualizadas por médica e enfermeira. Outra ação importante é pactuar com a equipe o registro das informações, sensibilizando, em reuniões, da necessidade de preenchimento da ficha de acompanhamento, dados de vacinas e quaisquer outras informações das crianças inscritas no programa. O engajamento público ocorrerá pela

orientação de pais durante as consultas e reuniões de grupo da disponibilidade da segunda via de fichas, registro de vacinas e quaisquer outros dados dos prontuários dos pacientes, pela equipe de saúde. O eixo de qualificação da prática clínica será articulado pelo treinamento da equipe de saúde, por médica e enfermeira, no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento da criança no programa.

Para realizar registro na ficha padronizada de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento em crianças cadastradas no programa, no eixo de monitoramento e avaliação, serão avaliadas as fichas de acompanhamento da criança na unidade de saúde e seu correto preenchimento. No âmbito da organização e gestão do serviço, será pactuado com a equipe de saúde o registro das informações. Médica e enfermeira irão sensibilizar a equipe, em reuniões, da necessidade de preenchimento da ficha de acompanhamento, dados de vacinas e quaisquer outras informações das crianças inscritas no programa. O preenchimento da ficha de acompanhamento da puericultura será concretizado durante todas as consultas realizadas, além do preenchimento da caderneta da criança. O engajamento público ocorrerá pela orientação de pais durante as consultas e reuniões de grupo da disponibilidade da segunda via de fichas, registro de vacinas e quaisquer outros dados dos prontuários dos pacientes, pela equipe de saúde. O eixo de qualificação da prática clínica será articulado pelo treinamento da equipe de saúde, por médica e enfermeira, no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento da criança no programa.

O quinto objetivo é mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência tendo como meta a realização da avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa.

A avaliação de risco em crianças cadastradas no programa, no eixo de monitoramento e avaliação, ocorrerá pela detecção do risco em todas as consultas de puericultura. As crianças expostas a situações de risco como baixo peso, violência doméstica, trabalho infantil, também deverão ser captadas em consultas fora da puericultura por médica, odontólogo e enfermeira. Da mesma maneira, deverá ser solicitada aos ACS a detecção de crianças de risco durante as visitas domiciliares. As crianças em situação de risco, faltosas às consultas devem ser identificadas por médico, ACS e enfermeiro por meio da ficha-espelho e livro de agendamento. Com

relação à organização e gestão do serviço, serão priorizadas as crianças expostas à situação de risco por médica e enfermeira, solicitando e disponibilizando consultas regulares e em períodos mais curtos, para realizar um acompanhamento mais próximo e uma intervenção mais eficaz. O engajamento público ocorrerá pela orientação aos pais os fatores de risco para doenças infantis durante as consultas de puericultura de médica e enfermeira e grupo de pais/ responsáveis realizados pela equipe de saúde. No eixo da qualificação da prática clínica, os profissionais da equipe de saúde serão capacitados por médica e enfermeira a reconhecer os fatores de risco para adoecimento infantil, a fim de que se forneçam orientações mais precisas durante os atendimentos e visitas domiciliares.

O sexto objetivo é promover a saúde tendo como metas fornecer orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança; colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta; fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças; orientar sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% responsáveis das crianças de 0 a 72 meses cadastradas no programa de puericultura da unidade de saúde.

Com a finalidade de orientar a comunidade sobre formas de prevenção de acidentes na infância, no eixo de monitoramento e avaliação, serão avaliados os registros das orientações para prevenção de acidentes na ficha de acompanhamento da puericultura preenchidos durante as consultas de médica e enfermeira e no livro de atividades educativas quando realizado o grupo de pais/responsáveis pela equipe de saúde. No eixo de organização e gestão do serviço, será realizado um curso com a equipe de saúde para orientar dos principais acidentes na infância e a melhor forma de prevenção, a fim de que possa aconselhar os pais com maior precisão tanto em visitas domiciliares quanto em consultas. Nesse curso também se buscará sensibilizar a equipe de saúde para que todos orientem a comunidade quanto à prevenção de acidentes na infância, envolvendo todos os membros da equipe na prevenção dos acidentes na infância. No âmbito do engajamento público serão realizadas reuniões com grupo de pais/responsáveis e fornecidas orientações durante as consultas de puericultura a respeito de acidentes na infância e suas principais causas. Na qualificação da prática clínica, será realizado, por médica e enfermeira,



um curso com a equipe de saúde para demonstrar os principais acidentes na infância e a melhor forma de prevenção.

Uma meta importante é colocar as crianças para mamar durante a primeira consulta. Para tal intervenção, no eixo de monitoramento e avaliação, será avaliada a realização do registro na ficha de acompanhamento da puericultura realizada por médica e enfermeira, a avaliação da amamentação e as orientações fornecidas à mãe. No eixo de organização e gestão do serviço, o objetivo será envolver todos os membros da equipe na promoção do aleitamento materno. A médica irá realizar curso para a equipe de saúde sobre amamentação e as técnicas corretas de amamentar, a fim de que todos possam orientar as mães e gestantes durante as consultas ou outras atividades na unidade de saúde. Quanto ao engajamento público, serão realizadas orientações sobre amamentação às gestantes durante a consulta pré-natal de médica e enfermeira e orientação pela equipe de saúde sobre amamentação durante grupo de pais/responsáveis. A qualificação da prática clínica ocorrerá pela capacitação da equipe de saúde pelo médico no aconselhamento do aleitamento materno exclusivo e na observação da mamada para correção de "pega".

Para fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para as crianças inseridas no programa, no eixo de monitoramento e avaliação, será avaliada a realização do registro na ficha de acompanhamento das orientações sobre a alimentação infantil e suas etapas fornecidas às mães durante a consulta de puericultura de médica e enfermeira. No eixo de organização e gestão do serviço a principal ação é envolver todos os membros da equipe na orientação nutricional, organizando junto à nutricionista, um curso de capacitação para a equipe de saúde sobre alimentação infantil em cada etapa de vida a fim de que sejam fornecidas orientações eficientes sobre alimentação infantil aos pais. Quanto ao engajamento público, médica e enfermeira irão realizar orientações sobre alimentação infantil no grupo de pais/responsáveis, além das orientações durante as consultas de pré-natal de médica e enfermeira. A qualificação da prática clínica ocorrerá por meio de um curso de capacitação pra a equipe de saúde, organizado em conjunto à nutricionista sobre alimentação infantil em cada etapa de vida.

Para orientar os responsáveis das crianças cadastradas no programa de puericultura sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie e hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva, no eixo de monitoramento e avaliação, serão avaliados os

registros das atividades educativas realizadas pelo odontólogo. No eixo de organização e gestão do serviço, deverá ser realizadas orientações sobre saúde bucal durante as consultas de puericultura de médica e enfermeira, além de solicitar ao odontólogo a realização de orientações sobre saúde bucal durante as consultas de rotina. Quanto ao engajamento público, deverão ser realizadas orientações aos familiares e crianças a partir de 04 anos de idade sobre a importância da higiene bucal, prevenção e detecção precoce da cárie dentária, discutindo estratégias para sua adoção, durante as consultas de puericultura de médica e enfermeira e no grupo de pais/responsáveis realizado pela equipe de saúde. Na qualificação da prática clínica, a médica irá realizar em conjunto com o odontólogo, uma capacitação da equipe de saúde para oferecer orientações de higiene bucal, prevenção e detecção precoce da cárie dentária, oclusopatias e sucção nutritiva e não nutritiva. A qualificação ocorrerá na quarta semana de intervenção, com duração de um turno.

### 2.3.2 Indicadores

Os indicadores a serem calculados são:

**Relativas ao objetivo 1:** Ampliar a cobertura da atenção às crianças.

**Meta:** Ampliar a cobertura da atenção à saúde de crianças entre zero e 72 meses da unidade saúde para 60% e para 100% em oito meses.

**Indicador:** Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde.

**Numerador:** Número de crianças inscritas no programa de Saúde da Criança da unidade de saúde.

**Denominador:** Número de crianças entre 0 e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Meta:** Realizar a primeira consulta na primeira semana de vida para 100% das crianças cadastradas.

**Indicador:** Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida.

**Numerador:** Número de crianças inscritas no programa de Saúde da Criança da unidade de saúde com a primeira consulta na primeira semana de vida.

**Denominador:** Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Meta:** Ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica para 60% das crianças moradoras da área de abrangência, de 6 a 72 meses de idade.

**Indicador:** Proporção de crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica.

**Numerador:** Número de crianças de 6 a 72 meses de idade da área de abrangência com primeira consulta odontológica programática realizada.

**Denominador:** Número total de crianças de 6 a 72 meses de idade da área de abrangência cadastradas no programa de Saúde da Criança da unidade de saúde.

**Relativas ao objetivo 2:** Melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança

**Meta:** Fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas à consulta.

**Indicador:** Proporção de busca ativa realizada às crianças faltosas ao programa de saúde da criança.

**Numerador:** Número de crianças buscadas.

**Denominador:** Número de crianças faltosas ao programa.

**Meta:** Fazer busca ativa de 100% das crianças de 6 a 72 meses da área, com primeira consulta odontológica, faltosas às consultas.

**Indicador:** Proporção de buscas realizadas às crianças de 6 a 72 meses com primeira consulta odontológica faltosas às consultas.

**Numerador:** Número total de buscas realizadas às crianças de 6 a 72 meses de idade da área de abrangência com primeira consulta na unidade de saúde faltosos na consulta odontológica.

**Denominador:** Número de consultas não realizadas pelas crianças de 6 a 72 meses da área de abrangência com primeira consulta na unidade de saúde faltosos na consulta odontológica.

**Relativas ao objetivo 3:** Melhorar a qualidade do atendimento à criança

**Meta:** Monitorar o crescimento em 100% das crianças.

**Indicador:** Proporção de crianças com monitoramento de crescimento.

**Numerador:** Número de crianças inscritas no programa que tiveram o crescimento (peso e comprimento/altura) avaliado.

**Denominador:** Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Meta:** Monitorar o déficit de peso em 100% das crianças.

**Indicador:** Proporção de crianças com déficit de peso monitoradas.

**Numerador:** Número de crianças com déficit de peso monitoradas pela equipe de saúde.

**Denominador:** Número de crianças inscritas no programa com déficit de peso.

**Meta:** Monitorar o excesso de peso em 100% das crianças.

**Indicador:** Proporção de crianças com excesso de peso monitoradas.

**Numerador:** Número de crianças com excesso de peso monitoradas pela equipe de saúde.

**Denominador:** Número de crianças inscritas no programa com excesso de peso.

**Meta:** Monitorar o desenvolvimento em 100% das crianças.

**Indicador:** Proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.

**Numerador:** Número de crianças inscritas no programa que tiveram avaliação do desenvolvimento.

**Denominador:** Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Meta:** Realizar suplementação de ferro em 100% das crianças.

**Indicador:** Proporção de crianças com suplementação de ferro.

**Numerador:** Número de crianças que fizeram ou que estão realizando suplementação de ferro.

**Denominador:** Número de crianças entre 06 e 18 meses de idade inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Meta:** Realizar o teste do pezinho em 100% das crianças até 07 dias de vida.

**Indicador:** Proporção de crianças com teste do pezinho até 07 dias de vida.

**Numerador:** Número de crianças que realizaram o teste do pezinho até 07 dias de vida.

**Denominador:** Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Meta:** Concluir o tratamento odontológico em 60% das crianças entre 06 a 72 meses de idade com primeira consulta odontológica programática.

**Indicador:** Proporção de crianças de 06 a 72 meses com primeira consulta programática que tiveram tratamento odontológico concluído.

**Numerador:** Número de crianças entre 6 a 72 meses de idade da área de abrangência cadastradas na unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática e tratamento odontológico concluído.

**Denominador:** Número total de entre 06 a 72 meses de idade da área de abrangência cadastradas na unidade de saúde com primeira consulta odontológica programática.

**Meta:** Realizar triagem auditiva em 100% das crianças.

**Indicador:** Número de crianças que realizaram triagem auditiva.

**Numerador:** Número de crianças que realizaram triagem auditiva.

**Denominador:** Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Meta:** Vacinar 100% das crianças de acordo com a idade.

**Indicador:** Proporção de crianças com vacinação em dia para a idade.

**Numerador:** Número de crianças com vacinas em dia para a idade.

**Denominador:** Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

#### **Relativas ao objetivo 4:** Melhorar registros das informações

**Meta:** Manter registro na ficha espelho de saúde da criança/vacinação de 100% das crianças que consultam no serviço.

**Indicador:** Proporção de crianças com registro atualizado.

**Numerador:** Número de fichas- espelho com registro adequado.

**Denominador:** Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

#### **Relativas ao objetivo 5:** Mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência

**Meta:** Realizar registro na ficha padronizada de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento em 100% das crianças entre zero e 72 meses cadastradas no programa.

**Indicador:** Proporção de crianças com registro atualizado.

**Numerador:** Número de fichas de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento com registro adequado.

**Denominador:** Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Meta:** Realizar avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa.

**Indicador:** Proporção de crianças com avaliação de risco.

**Numerador:** Número de crianças cadastradas no programa com avaliação de risco.

**Denominador:** Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Relativas ao objetivo 6:** Promover a saúde

**Meta:** Dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança.

**Indicador:** Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância.

**Numerador:** Número de crianças cujas mães receberam orientação sobre prevenção de acidentes na infância durante as consultas de puericultura.

**Denominador:** Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Meta:** Colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta.

**Indicador:** Número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta.

**Numerador:** Número de crianças que foram colocadas para mamar durante a primeira consulta de puericultura.

**Denominador:** Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Meta:** Fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças.

**Indicador:** Proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária.

**Numerador:** registro de orientação nutricional.

**Denominador:** Número total de crianças inscritas no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

**Meta:** Orientar sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% responsáveis das crianças de zero a 72 meses cadastradas no programa de puericultura da unidade de saúde.

**Indicador:** Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie.

**Numerador:** Número de responsáveis das crianças entre zero e 72 meses de idade com orientação individual sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie.

**Denominador:** Número total de crianças de 0 e 72 meses de idade da área de abrangência cadastradas na unidade de saúde.

**Meta:** Orientar sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias para 100% dos responsáveis de crianças de 0 a 72 meses de idade cadastradas no programa de puericultura da unidade de saúde.

**Indicador:** Proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias.

**Numerador:** Número de responsáveis das crianças de 0 a 72 meses idade com orientação individual sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias.

**Denominador:** Número total crianças de 0 a 72 meses de idade da área de abrangência cadastradas no programa de puericultura da unidade de saúde.

### 2.3.3 Logística

Para realizar o foco de intervenção na unidade de saúde os manuais utilizados serão o Caderno de Atenção Básica de Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento nº 33 do Ministério da Saúde (2012), Caderno de Atenção Básica de Saúde da Criança: Nutrição Infantil nº 23 do Ministério da Saúde (2009) e Caderno de Atenção Básica de Saúde da Criança nº 11 do Ministério da Saúde (2002).

A estimativa é de acompanhamento de 268 crianças na faixa etária de zero a 72 meses, sendo solicitada a impressão do número adequado (268) de fichas para os pacientes existentes atualmente. A solicitação será realizada pela médica na semana



que antecede o início das ações de intervenção. Para que o médico realize o acompanhamento mensal das intervenções, será utilizado o registro das fichas-espelho ocorrido durante as consultas de puericultura de médico e enfermeiro.

Ao final de cada mês, as informações coletadas no caderno de registro da puericultura serão consolidadas pela médica na planilha eletrônica disponibilizada pelo curso de pós-graduação e utilizadas para o acompanhamento no processo de avaliação do foco de intervenção.

As reuniões com grupo de pais/responsáveis serão realizadas mensalmente na unidade de saúde, por médica, enfermeira, odontólogo, nutricionista e agentes comunitários de saúde, alternadamente. Serão utilizados recursos visuais como data-show estruturados por médico e enfermeiro, além de panfletos existentes na unidade de saúde.

Também serão oferecidas orientações durante as consultas pré-natais por médica e enfermeira, com o objetivo de captação precoce de crianças para o programa de puericultura. As orientações e ações educativas sobre saúde e higiene bucal, prevenção de acidentes, promoção de aleitamento materno serão realizadas mensalmente na unidade de saúde no grupo de pais/responsáveis.

A equipe de saúde encontra-se situada quanto ao foco de intervenção escolhido para ser aprimorado e o atual funcionamento do programa na unidade. Portanto, será realizada uma capacitação no dia 17 de setembro com a equipe de saúde, durante o período de uma hora dedicado à reunião mensal, inicialmente para mostrar o protocolo do programa a ser escolhido, esclarecendo dúvidas que surgirem, homogeneizando assim a referência que norteará as ações desse programa. O protocolo encontra-se disponível na unidade de saúde em versão impressa. O médico da unidade de saúde ficará responsável pela capacitação da equipe de saúde, apresentando os pontos fundamentais a serem conhecidos pela equipe.

As capacitações de acolhimento da criança, preenchimento da ficha de acompanhamento e caderneta da criança, além da identificação de fatores de risco serão realizadas pela médica e enfermeira em reuniões subsequentes durante as reuniões de equipe, por meio de exercícios práticos, para o conhecimento dos instrumentos de monitoração a serem utilizados. Os exercícios envolverão bonecas tipo bebê, fita métrica e fichas de acompanhamento adotadas. As medidas de peso e altura deverão ser realizadas por médica, enfermeira, agentes de saúde e técnicas de

enfermagem. A aplicação de vacinas e o preenchimento da ficha espelho já possuem rotinas estabelecidas na unidade de saúde, atualmente, sendo realizada pelos técnicos de enfermagem.

O treinamento da equipe de saúde no preenchimento das curvas de crescimento, realização do teste de medidas e padronização das medições realizadas será oferecido por médica e enfermeira na unidade de saúde, com a utilização de fichas reais e bonecos disponibilizados pelos profissionais que ministrarão o treinamento prático dos profissionais. Tal treinamento será realizado no dia 17 de setembro. Anualmente, as ações de medição e preenchimento de dados devem ser monitoradas e reavaliadas, com novo treinamento prático com a equipe de saúde, realizado por médico e enfermeiro.

A organização e sistematização da agenda para atendimento de puericultura, incluindo visitas domiciliares, serão realizadas pelo médica, enfermeira, odontólogo e recepcionista. Haverá o atendimento de puericultura no turno da tarde, de todas as quartas-feiras, tanto para médica como para enfermeira. Serão priorizadas ações para o atendimento da criança inscrita no programa, tanto para médico enfermeiro e odontólogo. O odontólogo disponibilizará uma vaga específica por dia para as crianças acompanhadas na puericultura, em diferentes turnos. O médico irá solicitar ao odontólogo a lista de pacientes faltosos à consulta, para realizar a busca ativa pelos ACS. Haverá a monitoração pelo médico e enfermeiro, por meio da ficha de acompanhamento, da regularidade da assistência odontológica. O acolhimento e consulta para pacientes da puericultura com problema de saúde agudo será conservado na rotina da unidade de saúde. Esses podem se tornar momentos de conscientização e agendamento para puericultura.

As consultas de puericultura serão realizadas por médica e enfermeira, respeitando o protocolo estabelecido pelo Ministério da Saúde (número de consultas e periodicidade). O agendamento da consulta odontológica e de puericultura subsequente ocorrerá no final de cada consulta. Esta organização será uma das primeiras articulações para realizar a intervenção no programa. A busca ativa das crianças faltosas, em situação de risco ou não cadastradas no programa será realizada quinzenalmente pelos agentes comunitários de saúde, após a avaliação do caderno de registo pela médica e enfermeira. Os agentes comunitários de saúde sinalizarão as crianças em situação de risco, durante as visitas mensais, sendo







Atividades	Semanas															
	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16
Monitorar o percentual de crianças que receberam suplementação de ferro e que realizaram o teste do pezinho até 07 dias de vida																
Monitorar a proporção de crianças da puericultura que acessaram o serviço odontológico e tiveram o tratamento concluído																
Monitorar o número de crianças de alto risco existentes na comunidade																

\*Prevenção de acidentes, saúde bucal, importância do acompanhamento regular na puericultura, teste do pezinho, aleitamento materno e alimentação na infância, fatores de risco para doenças, curvas de crescimento e marcos do desenvolvimento, suplementação de ferro.

### 3 Relatório da Intervenção

Após a realização da Análise Situacional, de acordo com a avaliação dos dados obtidos, optou-se por realizar as ações de modificação na saúde infantil. A intervenção realizada foi puericultura associada à saúde bucal, no município de Itambé, na unidade de Saúde Jorge de Souza Heine, durante o período de 04 de outubro de 2013 a 23 de janeiro de 2014.

O objetivo principal estabelecido foi melhorar a atenção à Saúde da Criança na Unidade de Saúde da Família Jorge de Souza Heine. Os objetivos específicos

foram ampliar a cobertura da atenção à saúde da criança, melhorar a adesão ao programa de Saúde da Criança, melhorar a qualidade do atendimento à criança, melhorar o registro das informações relativas à Saúde da Criança, mapear as crianças de risco pertencentes à área de abrangência e promover a Saúde da Criança.

As atividades foram programadas no decorrer de dezesseis semanas, variando de frequência de acordo com o cronograma estabelecido no projeto de intervenção.

### **3.1 Ações previstas no projeto que foram desenvolvidas**

Inicialmente, de acordo com o cronograma, a equipe de saúde deveria organizar a busca ativa de crianças para adesão e faltosos à consulta de puericultura. Essa ação ocorreu na primeira semana de intervenção sem enfrentar obstáculos, já que toda a equipe de saúde se engajou na atividade, dividindo e sistematizando a forma de realizar essa ação.

O cadastramento de crianças da faixa etária correspondente no programa de puericultura ocorreu durante todas as semanas de intervenção, com disponibilização de cópias das fichas-espelho pela coordenação, sem maiores intercorrências.

O preenchimento da ficha de acompanhamento e caderneta da criança durante as consultas de puericultura transcorreu sem maiores dificuldades, auxiliado por ACS e técnicos de enfermagem. A coleta de dados foi facilitada pelo uso da ficha espelho, pois possibilitou uma melhor organização dos dados e acesso facilitado para controle de consultas atuais e subsequentes.

A realização de salas de espera com temas diversos deveriam acontecer nas semanas 05, 07, 09, 11, 13 e 15. As atividades educativas com diferentes temas aconteceriam nas semanas 04, 06, 08, 10 e 12 com o grupo de pais/responsáveis. Todas as atividades, com seus respectivos temas, foram realizadas, mas devido aos acontecimentos cotidianos, houveram algumas modificações nas datas previstas e inserção de alguns temas não especificados no cronograma como outubro rosa e violência infantil, que surgiram de forma espontânea durante a realização da intervenção.

Os eventos cotidianos como realização de palestras na Câmara Municipal, viagens de profissionais, atividades extra-muro da equipe de saúde foram algumas causas que levaram a modificações no cronograma das ações.

Alguns temas como Violência contra a criança, foram inseridos nas ações devido às questões levantadas pelos pais/responsáveis durante a realização de palestras sobre prevenção de acidentes, além da iniciativa de uma Igreja municipal para uma campanha sobre o tema.

Na semana 02 realizei uma palestra sobre câncer de colo uterino e câncer de mama, devido ao outubro rosa (Apêndice 01). Na semana 03, a auxiliar do odontólogo realizou uma sala de espera sobre alimentação saudável, já que a equipe havia sido submetida à um treinamento sobre alimentação na infância (Apêndice 02). Na semana 04 as equipes de saúde do município realizaram uma caminhada para encerrar o mês de outubro (outubro rosa), pois fazia parte da programação da Secretaria de Saúde municipal (Apêndice 03).

Na semana 05 os agentes comunitários de saúde realizaram uma sala de espera com a população sobre prevenção de acidentes na infância. Na semana 06, eu realizei uma sala de espera sobre medidas antropométricas infantis, os marcos do crescimento e do desenvolvimento e sua importância, para conscientização de pais/responsáveis.

Na semana 07 o município promoveu uma feira de saúde no bairro de atuação da unidade de saúde, com realização de exames complementares, escovódromo, medidas de pressão arterial e glicemia capilar, além de palestras sobre câncer de mama e colo uterino (Apêndice 04).

Na semana 09 devido a um mutirão de peso para bolsa família, a equipe de saúde aproveitou a oportunidade para apresentar aos pais/responsáveis o programa de puericultura e sua importância, fortalecendo o vínculo com a comunidade (Apêndice 05).

Na semana 10 a Igreja Adventista do Sétimo Dia realizou uma caminhada contra a violência infantil, que apesar de não estar programada, foi importante para envolver a comunidade no cuidado à criança e sua saúde (Apêndice 06).

Na semana 11 a equipe de saúde realizou uma atividade educativa sobre marcos do crescimento e desenvolvimento, medidas antropométricas infantis (Apêndice 07). Na semana 12 foi realizada pela médica uma sala de espera com os



pais/responsáveis sobre alimentação, suplementação de ferro e teste do pezinho. Na semana 13 foi realizada pela médica uma sala de espera sobre alimentação complementar e higiene oral na infância.

Na semana 14, a equipe de saúde realizou uma atividade educativa no CRAS do bairro, com os temas prevenção de acidentes, teste do pezinho e suplementação de ferro (Apêndice 08). Na semana 15, odontólogo realizou uma atividade educativa sobre saúde bucal na infância. A enfermeira aproveitou para falar sobre a amamentação e sua importância na saúde da criança (Apêndice 09).

Na semana 16 os ACS realizaram a atividade educativa sobre teste do pezinho e suplementação de ferro (Apêndice 10).

As atividades educativas e salas de espera ocorreram sem maiores dificuldades, já que toda a equipe se integrou no processo e todos participaram ativamente das palestras. O material didático utilizado se baseou nos manuais disponibilizados pelo Ministério da Saúde, livros texto e alguns materiais impressos da Secretaria de Saúde.

A equipe de saúde estava preparada para realizar as atividades, pois vários treinamentos sobre os diversos temas sobre a puericultura foram realizados antes e durante a intervenção. As atividades educativas foram bem recebidas pela comunidade, que sempre questionava e tirava dúvidas sobre os temas discutidos. Além disso, as dúvidas apresentadas apontavam as necessidades da comunidade, inclusive a inserção de temas extras ao já programados.

O monitoramento do número de crianças cadastradas no programa; dos registros de todos os acompanhamentos da criança na unidade de saúde, incluindo saúde bucal; do número de crianças de alto risco existentes na comunidade; das crianças com déficit/excesso de peso; das buscas a crianças faltosas e das atividades educativas relacionadas à puericultura estavam programadas para ocorrerem nas semanas 04 à 16.

O monitoramento do cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia); do número médio de consultas realizadas pelas crianças e do registro das orientações em prontuário sobre prevenção de acidentes, suplementação de ferro, saúde bucal, teste do pezinho, aleitamento materno, alimentação na infância, curvas de crescimento e marcos do desenvolvimento estavam programadas para as semanas 06, 08, 10, 12, 14 e 16.

Nas semanas semana 08, 11, 13 e 16 deveria ocorrer monitoramento do percentual de crianças que ingressaram no programa de puericultura na primeira semana de vida e do percentual de crianças que receberam suplementação de ferro e que realizaram o teste do pezinho até 07 dias de vida.

O monitoramento do percentual de crianças com avaliação da curva de crescimento e do desenvolvimento neuro-cognitivo ocorreria na semana 08, 11, 14 e 16, enquanto o monitoramento do número de crianças de alto risco existentes na comunidade deveria acontecer na semana 06, 10, 13 e 16.

As ações de monitoramento programadas aconteceram como previsto, superando o cronograma, já que a atualização das fichas cadastrais aconteceu semanalmente, acarretando numa avaliação mais frequente dos dados supracitados. O acompanhamento semanal facilitou a construção e avaliação dos dados gerados na planilha, além da visão global do fortalecimento das ações ao longo das dezesseis semanas de intervenção.

A coleta e sistematização dos dados ficaram organizadas, pois as fichas espelho foram armazenadas em pastas para cada micro área de abrangência, facilitando o acesso às informações e coletas de dados pela equipe de saúde. A disponibilização desse modo também facilitou o acesso dos pais/responsáveis aos registros da saúde das crianças. Todos os ACS também se tornaram responsáveis pela avaliação contínua das crianças inscritas na puericultura.

O preenchimento dos dados na ficha de acompanhamento e caderneta da criança durante as consultas de puericultura foi realizado semanalmente, sem dificuldades, tornando-se rotina nas atividades da equipe de saúde. A caderneta da criança agora é um instrumento entendido e utilizado pelos pais, pois anteriormente era vista apenas como cartão vacinal. Os dados preenchidos dão maior fidedignidade de documento que acompanha a saúde da criança.

Os encaminhamentos de crianças com atraso no desenvolvimento para diagnóstico e tratamento com especialistas deveriam ocorrer durante todas as semanas de intervenção, porém como não houve diagnóstico de atraso em nenhuma criança cadastrada, não foi imperativo realizar essa ação.

### **3.2 Ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas**

No que tange às ações não realizadas, algumas atividades foram limitadas devido a problemas que recaíram sobre a gestão municipal e que afetaram algumas ações a serem realizadas na intervenção.

O monitoramento da saúde bucal das crianças incluídas no programa com primeira consulta odontológica ocorreria na semana 06, 08, 10, 13 e 16, assim como o monitoramento da proporção de crianças da puericultura que acessaram o serviço odontológico e tiveram o tratamento concluído deveria ocorrer na semana 13 e 16. Tais ações não foram atingidas devido à ausência de atendimento odontológico por falta de material e instrumentos na unidade de saúde durante todo o período da intervenção, impossibilitando o início e conclusão do tratamento odontológico infantil.

### **3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção**

O preenchimento das planilhas de coleta de dados se mostrou uma parte mais dificultada no processo de avaliação de dados, pois alguns itens despertaram dualidade na sua interpretação.

Por exemplo, no caso específico da intervenção realizada, várias crianças foram cadastradas em diversas idades (0 a 72 meses), mas o item AD questionava se a criança teria sido colocada para mamar na primeira consulta de puericultura. O índice avalia todas as crianças inscritas, porém crianças maiores de 02 anos raramente ainda mamam. Não podemos avaliar a amamentação de crianças que não estão sobre esse regime alimentar. Sugiro a correção na avaliação desse indicador, pois da maneira disposta acaba por subestimar a realidade da amamentação na população avaliada.

### **3.4. Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço**

Atualmente, as ações previstas no projeto se tornaram prática rotineira da unidade de saúde, pois as crianças já cadastradas continuarão a serem acompanhadas e a meta é alcançar 100% de crianças cadastradas. Durante as consultas, além das orientações rotineiras, foi enfatizada a continuidade do programa e do acompanhamento até os 72 meses, explicando-se a periodicidade das consultas. Como a semana típica da unidade de saúde possibilitou o englobamento da puericultura na prática dos profissionais, a longitudinalidade do acompanhamento fica facilitada. Apenas a assistência odontológica não pode ser anexada às ações, devido ao não funcionamento desde outubro de 2013. O retorno do atendimento odontológico facilitará o início da associação dessas atividades com as demais atividades da puericultura, com a disponibilização de vagas semanais para crianças oriundas da puericultura. A grande adesão de pais/responsáveis ao cadastramento demonstra também uma grande possibilidade de sucesso na permanência da intervenção nas ações da unidade de saúde.

A aceitação da equipe de saúde às atribuições necessárias à intervenção foi favorável, pois possibilitou um acesso rápido às informações e um maior controle aos dados da saúde infantil como vacinas e peso.

A utilização da ficha espelho pode ser expandida para as demais unidades de saúde do município, pois demonstrou ser um importante auxiliar no processo de organização das atividades.

## **4 Avaliação da Intervenção**

### **4.1 Resultados**

A intervenção aplicada objetivou a melhoria da Atenção à Saúde Infantil de crianças entre zero e 72 meses de idade, com inclusão do cuidado odontológico. A área de cobertura da unidade de saúde possui 268 crianças nessa faixa etária, após a atualização dos dados do SIAB realizada no início da intervenção. A equipe acreditava que o índice de cobertura para acompanhamento de puericultura era de 37%, porém foi verificada após a atualização desses dados, que o cadastramento e acompanhamento estavam falhos na unidade de saúde, por isso a cobertura inicial era de 19,8%. Durante os quatro meses de intervenção o índice subiu de 19,8% para 66,4%.

A primeira meta pactuada foi a ampliação da cobertura da atenção à saúde de crianças entre zero e 72 meses da unidade de saúde para 60%. O monitoramento desta meta utilizou o indicador de proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa de Saúde da Criança da unidade de saúde.

O crescimento da cobertura durante os meses de intervenção ocorreu devido à organização da semana típica para a inclusão dos atendimentos da médica e da enfermeira à puericultura. Os ACS também auxiliaram na organização da agenda e preenchimento da ficha espelho, além da convocação de pais/responsáveis.

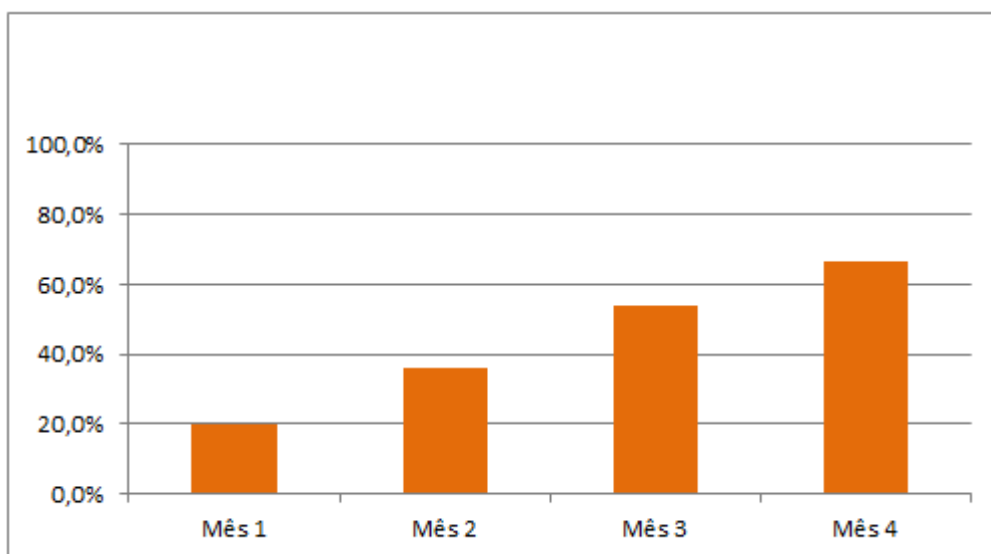


Figura 1 – Gráfico da proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde. Itambé/Bahia. 2013/2014

Ao final dos quatro meses de intervenção a equipe atingiu e ultrapassou a meta pactuada no projeto, 178 crianças (66,4%) das 268 crianças foram cadastradas e acompanhadas. Todas as crianças que passaram pelo atendimento médico ou de enfermagem foram cadastradas na ficha espelho e na planilha de acompanhamento.

Durante o período da intervenção, o indicador começou com um índice de 19,8% (53 crianças) cadastradas, que se manteve em ascensão, evoluindo para 36,2% (97), 53,7% (144) até alcançar o índice final de 66,4%, totalizando 178 cadastradas. A organização do cadastramento e agendamento ocorreu sem transtornos, já que o atendimento da puericultura se integrou facilmente à rotina da unidade de saúde, facilitando a manutenção do programa nas atividades da equipe. Como proposto, os ACS foram peças fundamentais para o início da intervenção, pois realizaram as visitas para agendar os atendimentos, assim como a equipe se empenhou para manter atualizadas as fichas espelho das crianças. O objetivo é alcançar 100% de crianças cadastradas em oito meses, com a continuidade da intervenção.

Por meio do gráfico 2, pode-se observar no indicador referente a proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida que a meta pactuada para 100% das crianças cadastradas não foi alcançada.

Durante a análise situacional da unidade de saúde, o índice de consultas na primeira semana de vida entre crianças da faixa etária de zero a 72 meses era 23%. Durante a intervenção, o índice alcançado de consulta na primeira semana de vida foi de 1,7%. Apenas duas crianças, dos quatorze recém nascidos no período da intervenção, foram cadastradas na primeira semana de vida.

Ao realizar a avaliação desses dados, observamos que por não haver rotina de puericultura na unidade de saúde, os pais/responsáveis costumam levar as crianças a uma consulta com o pediatra da cidade. Apesar das orientações fornecidas no pré-natal, como a implantação da puericultura e suas rotinas e do entendimento expressado pelas gestantes, a resposta foi pequena à captação precoce, necessitando uma reflexão sobre novas estratégias a serem aplicadas para a melhora do índice, como por exemplo, agendar a consulta puerperal associada com a primeira consulta da puericultura, facilitando o acesso da criança e da puérpera ao atendimento, ou realizar a primeira consulta da criança durante a visita puerperal.

Além disso, os dados do gráfico consideram todas as crianças cadastradas, em todas as faixas etárias, o que torna o índice baixo. Apenas 14 crianças avaliadas no período de intervenção tinha a possibilidade de realizarem a primeira consulta na primeira semana de vida, pois eram recém-nascidos. As demais crianças cadastradas e avaliadas no índice incluíam as demais faixas etárias.

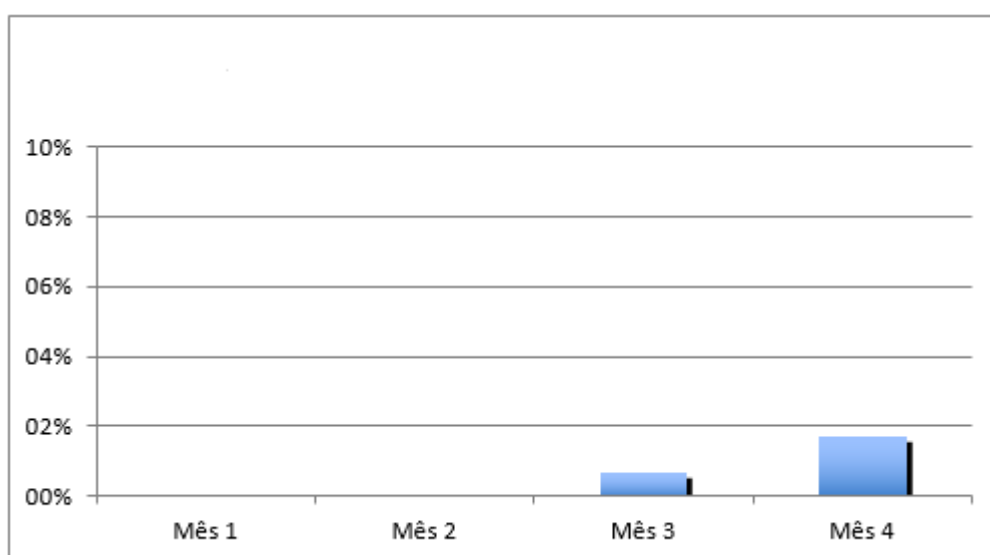


Figura 2– Gráfico da proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida. Itambé/Bahia. 2013/2014.

A terceira meta estabelecida foi monitorar o crescimento em 100% das crianças, avaliada pelo indicador de proporção de crianças com monitoramento de crescimento.

A ausência de um programa de puericultura sistematizado dificultava o monitoramento do crescimento infantil das crianças da área adscrita. Durante os quatro meses de intervenção, 100% das crianças cadastradas no programa foram acompanhadas quanto ao crescimento (peso e comprimento/altura), com registro nas fichas espelho e nos gráficos da caderneta da criança. A criança cadastrada finalizava a consulta com o agendamento e as orientações para a consulta subsequente, para evitar a perda do acompanhamento. A cada consulta os dados da ficha espelho eram atualizados e retornam para as pastas em que eram armazenadas, facilitando o acesso às informações.

A presença e a manutenção da frequência das consultas, além da organização e sistematização da coleta de dados, facilitaram o acompanhamento das medidas infantis.

A quarta meta estabelecida foi o monitoramento do déficit de peso em 100% das crianças, tendo como avaliador o indicador de proporção de crianças com déficit de peso monitoradas.

Durante a realização do cadastramento e da intervenção apenas 04 crianças (2,24%) apresentaram déficit de peso, sendo que todas foram monitoradas, resultando no índice de 100% de acompanhamento. A implantação de um programa de puericultura regular, com uma rotina estabelecida na unidade de saúde, facilitou acompanhamento mais eficiente das crianças, pois o baixo peso é um fator de risco para diferentes doenças. As crianças de baixo peso são convocadas a retornar na consulta de puericultura a cada 02 meses, na consulta de puericultura para avaliação e acompanhamento, além de encaminhada ao nutricionista para apoio e orientação alimentar. Após o início do acompanhamento, duas das crianças monitoradas conseguiram alcançar o peso dentro da faixa de normalidade, enquanto as outras duas ainda estão em processo de recuperação. As quatro continuam em acompanhamento multiprofissional na unidade de saúde.

A quinta meta a ser desenvolvida foi o monitoramento do desenvolvimento de 100% das crianças, que deveria ser avaliada pelo indicador de proporção de crianças com monitoramento de desenvolvimento.



Ao longo do processo de intervenção, as consultas de puericultura realizadas possibilitaram monitorar o desenvolvimento de 100% das crianças cadastradas. A avaliação do desenvolvimento pode ser perpetuada por meio da manutenção das ações de saúde da criança, ocorrendo durante as consultas programadas.

O preenchimento pela médica e enfermeira das fichas espelho, associada à transcrição dos dados coletados na caderneta da criança, facilitaram a avaliação do desenvolvimento das crianças cadastradas no programa. O desenvolvimento é avaliado a cada consulta de puericultura, de acordo com os marcos do desenvolvimento estabelecidos para cada idade.

A sexta meta pactuada foi vacinar 100% das crianças de acordo com a idade, sendo medida pelo indicador da proporção de crianças com vacinação em dia para a idade.

A vacinação, por ser uma ação da saúde que tem monitoramento pela Vigilância Epidemiológica e ter metas determinadas pelo Ministério da Saúde a serem alcançadas, sempre se mostrou uma atividade organizada em todo o município.

A vacinação na unidade de saúde anteriormente à intervenção estava próxima a 97%. Durante os 04 meses de intervenção, a meta de 100% de vacinação foi alcançada, por meio da avaliação da caderneta de saúde da criança e fichas sombra dos ACS. A organização do acompanhamento de vacinação na ficha espelho, em arquivos exclusivos para cada micro área, facilitou a avaliação do esquema vacinal de cada criança, criando um registro de fácil acesso à equipe de saúde.

A sétima meta a ser desenvolvida foi a realizar suplementação de ferro em 100% das crianças, com avaliação dos índices por meio do indicador de proporção de crianças com suplementação de ferro.

Como recomendado pelo Ministério da Saúde, as crianças com idade entre 6 a 18 meses devem receber suplementação de ferro, após a introdução da alimentação complementar. Durante a intervenção, a suplementação de ferro foi introduzida no momento das consultas, facilitando e garantindo o acesso ao sulfato ferroso, além da orientação da importância da substância. O índice alcançado foi de 100% de cobertura para as crianças cadastradas.

Como pode ser avaliado, por meio do indicador referente ao número de crianças que realizaram a triagem auditiva, a meta estabelecida de realização da triagem auditiva em 100% das crianças não foi alcançada

O índice de cobertura de triagem auditiva não conseguiu ser alcançado e nenhuma criança cadastrada realizou o exame. Vários entraves se apresentaram durante a intervenção, já que o município não realiza a triagem e depende de um município circunvizinho para tal. A gestão não prioriza tal ação, apesar das inúmeras tentativas de sensibilização, através de ofícios (dois) e reunião (uma) na secretaria de saúde do município. O deslocamento da criança é dificultado por condições socioeconômicas e o agendamento do teste é moroso, dificultando a sua realização.

O gráfico 3 com indicador de proporção de crianças com teste do pezinho até 07 dias de vida demonstra que a meta de realizar o exame em 100% das crianças até 07 dias de vida não conseguiu ser alcançada.

A cobertura ao longo dos quatro meses evoluiu de 34% (18 crianças) para 46,1% (82 crianças). Houve melhoria no indicador, porém o teste do pezinho é uma peça fundamental no cuidado da saúde infantil e deve ter melhores índices.

A realização do teste na primeira semana de vida fica dificultada pela ausência de associação da puericultura e o exame do recém-nascido na primeira semana de vida. Um entrave é o registro de nascimento infantil no município que demora de oito a dez dias, dificultando a retirada do Cartão do SUS e a consequente coleta precoce do teste do pezinho, que atualmente só pode ser realizado com o cartão da criança. A equipe de saúde enviou uma solicitação ao cartório para a dinamização do processo de registro das crianças recém-nascidas.

Outra dificuldade é a ausência de uma rotina de puericultura estabelecida de maneira consistente na comunidade, pois anteriormente não existia uma referência estabelecida para a realização precoce desse exame, além de uma associação com o exame do recém-nascido na primeira semana de vida. Uma melhor captação, mais precoce dessas crianças é fundamental para aumentar a cobertura do exame. A orientação intensa durante o pré-natal, as atividades educativas com pais/responsáveis têm como objetivo fortalecer o vínculo da comunidade com a puericultura na unidade de saúde, além de uma busca ativa mais intensa dos recém-nascidos pelos ACS para captação precoce.

Realizando uma reflexão mais profunda, o cálculo desse índice como estabelecido na tabela subestima o indicador, já que não limita a idade pesquisada. As crianças maiores não são passíveis de ações de transformação, apenas as que são nascidas recentemente. A avaliação da realização do teste do pezinho considerou

todas as crianças cadastradas, em todas as faixas etárias. No cadastramento da puericultura, os pais/ responsáveis foram orientados a trazer o resultado do teste do pezinho para avaliação da data da realização. Muitas das crianças que realizaram o teste do pezinho além da primeira semana de vida se encontravam na faixa etária de 01 a 06 anos, portanto o índice contabilizou todas as crianças, não apenas os recém-nascidos.

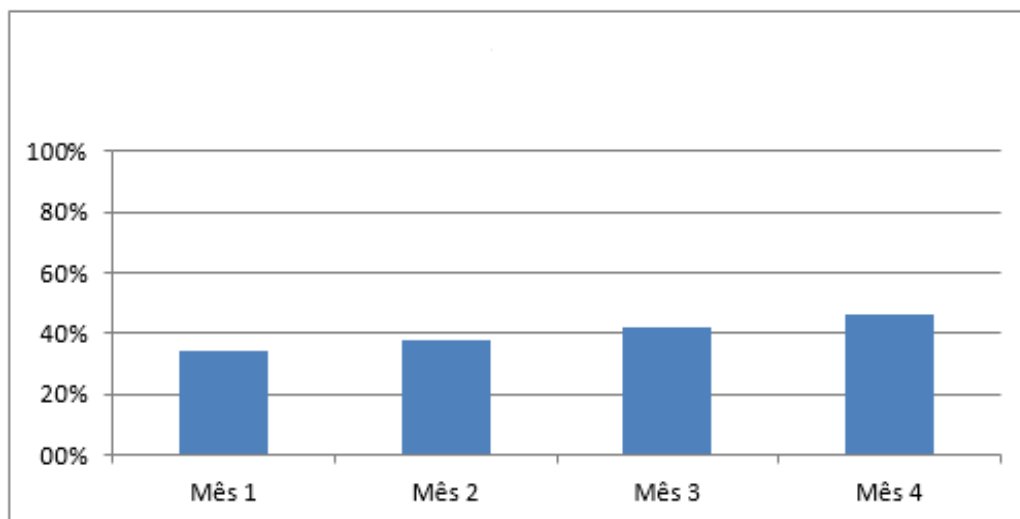


Figura 3 – Gráfico da proporção de crianças com teste do pezinho realizado até 7 dias de vida. Itambé/Bahia. 2013/014.

A décima meta estabelecida é realizar o registro na ficha padronizada de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento em 100% das crianças entre zero e 72 meses cadastradas no programa. A avaliação do índice está na proporção de crianças com registro atualizado.

Esse indicador teve sua meta alcançada por completo (100%). Todas as crianças cadastradas na puericultura tiveram suas consultas registradas e atualizadas na ficha espelho, quanto às medidas, vacinas, avaliação de risco e suplementação de ferro. Como registro nas fichas espelho foi incorporado à rotina do serviço da unidade de saúde, o alcance dessa meta foi simples e fácil.

A décima primeira meta pactuada na intervenção foi a realização da avaliação de risco em 100% das crianças cadastradas no programa. O indicador de proporção de crianças com avaliação de risco avalia a meta estabelecida.

A avaliação do risco nas crianças cadastradas atingiu o índice de 100%. As crianças eram avaliadas durante as consultas de puericultura quanto à alimentação,

condições ambientais e de convivência familiar, condições socioeconômicas e risco de violência infantil. Esse indicador foi alcançado também devido à ajuda dos ACS, que complementavam as informações coletadas durante as consultas, pois sua proximidade com a rotina das famílias é muito mais estreita.

O indicador de proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre prevenção de acidentes na infância avalia a meta de dar orientações para prevenir acidentes na infância em 100% das consultas de saúde da criança.

As orientações sobre prevenção de acidentes na infância aconteceram tanto em atividades educativas com pais/responsáveis quanto durante as consultas de puericultura realizadas. A meta foi atingida em 100%, o que resultou na orientação para todas as crianças cadastradas no programa. As orientações foram fornecidas pelos profissionais de saúde (ACS, enfermeira, médico e técnicos de enfermagem) com base nos treinamentos que antecederam a intervenção e organizadas pela equipe de saúde no período anterior às atividades.

O gráfico 4 demonstra a evolução do indicador do número de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta, evidenciando que a meta de colocar 100% das crianças para mamar durante a primeira consulta não foi alcançada. Durante a intervenção o índice apresentou uma queda de 20,8% para 10,7% ao longo dos quatro meses de intervenção. No período das atividades de intervenção, 13 crianças (7,3%) de zero a 02 meses foram colocadas para mamar na primeira consulta.

A queda pode ser explicada pela prioridade dada inicialmente ao cadastro de menores de 02 anos no início da intervenção, pois tal faixa etária é passível de avaliação da amamentação por ser esse o período mais frequente desse tipo de alimentação.

Além disso, o cálculo utilizado acaba por subestimar o valor real do indicador já que inclui todas as crianças cadastradas, não considerando que crianças de 04 a 06 anos possivelmente não estão mais submetidas ao regime de amamentação, impossibilitando a avaliação solicitada na tabela.

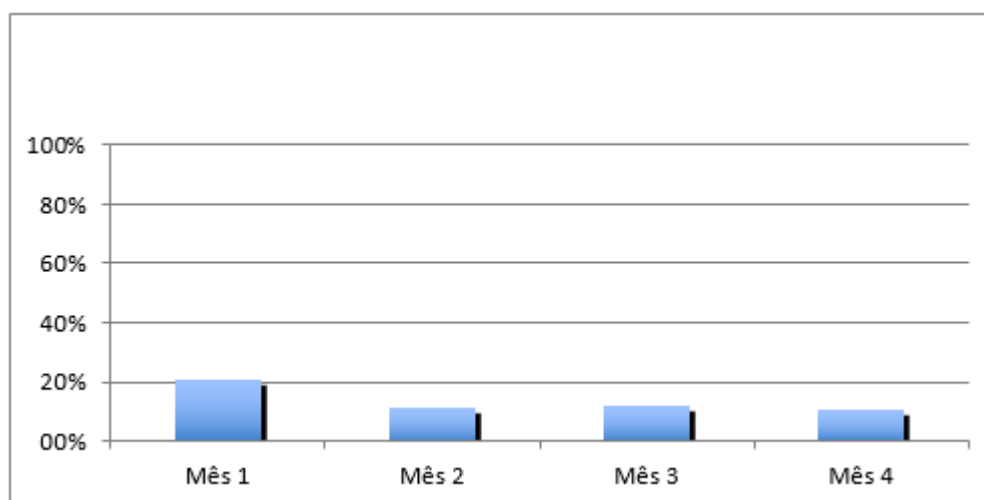


Figura 4 – Gráfico da proporção de crianças colocadas para mamar durante a primeira consulta. Itambé/Bahia. 2013/2014.

A décima quarta meta pactuada era fornecer orientações nutricionais de acordo com a faixa etária para 100% das crianças, sendo avaliada pelo indicador de proporção de crianças cujas mães receberam orientações nutricionais de acordo com a faixa etária.

O fornecimento de orientações nutricionais para as crianças cadastradas no programa atingiu a meta de 100%. As orientações de amamentação e alimentação complementar eram fornecidas durante as consultas de puericultura e atividades educativas na unidade de saúde.

A décima quinta meta estabelecida era orientar sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie para 100% responsáveis das crianças de zero a 72 meses cadastradas no programa de puericultura da unidade de saúde, sendo avaliado pelo indicador de proporção de crianças cujas mães receberam orientações sobre higiene bucal, etiologia e prevenção da cárie.

As orientações sobre higiene bucal alcançaram a meta de 100% estabelecida na intervenção. Os cuidados com os dentes decíduos, com a escovação, higiene bucal em crianças aconteceu durante as atividades educativas e as consultas do programa de puericultura, auxiliadas pelo odontólogo da unidade de saúde.

A décima sexta meta era orientar sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias para 100% dos responsáveis de crianças de 0 a 72 meses de idade cadastradas no programa de puericultura da unidade de saúde, com avaliação por meio do indicador de proporção de crianças cujas mães receberam

orientações sobre hábitos de sucção nutritiva e não nutritiva e prevenção de oclusopatias.

As orientações sobre a sucção nutritiva e não nutritiva ocorreram para 100% das crianças cadastradas na puericultura. Os cuidados com a mastigação, o uso de chupetas e mamadeiras e seus impactos na criança foram fornecidos durante as atividades educativas e as consultas do programa de puericultura, auxiliadas pelo odontólogo da unidade de saúde.

A programação das orientações ocorreu no início da intervenção, com o planejamento das palestras e atividades previamente, tendo boa resposta da comunidade, que esclareceu diversas dúvidas.

As metas para ampliar a cobertura de primeira consulta odontológica para 40% das crianças moradoras, fazer busca ativa de 100% das crianças de 6 a 72 meses da área, com primeira consulta odontológica, faltosas às consultas e concluir o tratamento odontológico em 60% das crianças entre 06 a 72 meses de idade com primeira consulta odontológica programática não puderam ser avaliadas corretamente, pois durante os meses de realização das ações de intervenção o atendimento odontológico esteve suspenso na unidade de saúde.

A meta para fazer busca ativa de 100% das crianças faltosas à consulta não foi avaliada porque durante a intervenção não ocorreram ausências nos agendamentos. Assim como a meta para monitorar o excesso de peso em 100% das crianças não foi avaliada pela ausência de crianças cadastradas na puericultura nessa condição.

## **4.2 Discussão dos resultados**

A intervenção durante os quatro meses na unidade de saúde proporcionou uma construção da atenção à Saúde da Criança, que era quase ausente, com a melhor organização de dados sobre a saúde infantil, melhoria do armazenamento e acessibilidade aos registros, melhor acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças na faixa etária de zero a 72 meses.

Houve também a implantação da puericultura de acordo a recomendação do Ministério da Saúde, com relação ao número de consultas, avaliação de risco infantil, acompanhamento de vacinação e preenchimento da caderneta de saúde da criança, além do estabelecimento da rotina nas atividades da equipe de saúde.

Nesse período também houve uma maior orientação aos pais/responsáveis sobre diversos temas de saúde infantil como prevenção de acidentes, saúde bucal, alimentação complementar, amamentação, teste do pezinho, suplementação de ferro e curvas de crescimento.

A equipe de saúde também agregou qualificação no atendimento, pois os temas de palestras e atividades educativas foram ministrados a todos os integrantes a fim de basear possíveis atividades a serem desenvolvidas.

A rotina de puericultura, com número de consultas e medidas antropométricas também foram discutidas e trabalhadas em equipe, pois o conhecimento das práticas na saúde infantil favoreceu a coleta de dados na ficha espelho, o envolvimento da equipe no processo de intervenção e o entendimento da importância dessas ações.

Segundo Roberto Xavier Piccini (2007, p. 80) em seu estudo comparativo, a cobertura de puericultura, adotando como critério nove ou mais consultas na UBS da área de abrangência, alcança aproximadamente um quarto das crianças. O objetivo da intervenção seria realizar toda a rotina de puericultura orientada pelo Ministério da Saúde.

Os ACS foram responsáveis por identificar e agendar as crianças de cada micro área, auxiliando no estabelecimento da rotina da puericultura, assim como preencher e colher os dados da ficha espelho quando incompletas as informações. Os demais integrantes da equipe também foram treinados para preencher a ficha espelho, captar crianças para o atendimento e organizar os dados obtidos para serem analisados posteriormente.

Antes do início da intervenção a Atenção à Saúde da Criança estava focada apenas em vacinação e atendimento de urgências. Não havia na unidade de saúde um acompanhamento longitudinal do crescimento e desenvolvimento infantil, nem orientações aos pais/responsáveis. Segundo Vitolo (2010), os resultados de pesquisa em geral apontam baixa frequência no atendimento de puericultura em populações com condições socioeconômicas desfavoráveis, sendo que a doença é o motivo principal da busca pelo serviço.

Segundo estudo transversal realizado com crianças na cidade de São Leopoldo-RS, 66,2% dos responsáveis não considera necessário o acompanhamento da criança pelo serviço de puericultura. Analisando que o grau de utilização dos serviços de saúde de um grupo populacional é principalmente explicado por seu perfil de necessidade de saúde, essa situação requer ações educativas. Tais ações devem ser dirigidas para conscientizar os pais sobre a importância da busca do serviço para acompanhamento contínuo da saúde da criança, sendo que essa conscientização deve partir do profissional de saúde. (Vitolo, 2010, p.82)

A implantação da puericultura possibilitou a criação de uma rotina de atendimento às crianças com finalidade de acompanhar continuamente, de acordo com as indicações do Ministério da Saúde, os marcos do desenvolvimento infantil, vacinação e cuidados gerais da saúde infantil. As atividades foram divididas entre enfermeira, médica e odontólogo.

A possibilidade de atendimento ambulatorial infantil melhorou a rotina da unidade de saúde, pois a melhor distribuição dos horários possibilitou um agendamento mais facilitado e organizado. O armazenamento das fichas espelho e seu preenchimento facilitou o acesso da equipe de saúde às informações, agilizando os agendamentos programados subsequentes.

O acompanhamento das crianças em situação de risco e baixo peso foram facilitados, pois a identificação desses casos ficou mais evidente a partir do estabelecimento da ficha espelho.

A implantação da puericultura mostrou reflexos pequenos na Saúde da Criança, por seu início ainda recente. Sob a ótica de pais e responsáveis, houve uma melhoria no acompanhamento infantil, pois uma rotina estabelecida e funcionante aumenta acesso de crianças aos cuidados de saúde.

Os pais/responsáveis ainda não associaram fortemente o cuidado do recém-nascido com a unidade de saúde, o que era feito anteriormente em especialistas. A ampliação desse acesso à puericultura, além das orientações fornecidas no pré-natal, é a base para construir uma relação sólida e de confiança com a comunidade, a fim de tornar a unidade de saúde como referência para o acompanhamento às crianças.

A falta de integração entre pré-natal, puerpério e puericultura fica evidenciada nos baixos índices do teste do pezinho e consultas dos recém-nascidos na primeira semana de vida. Como a puericultura está se iniciando na unidade de saúde, esse é



um ponto importante a ser estabelecido, tornando o vínculo mais forte através da busca ativa de puérperas e recém-nascidos, visita puerperal precoce e com incentivo ao teste do pezinho e avaliação da amamentação durante a visita do puerpério.

A intervenção poderia ser facilitada se tivesse havido um atendimento integral à saúde da criança, pois a participação do odontólogo e da nutricionista ficaram limitadas às atividades educativas e poucos atendimentos. As ações de intervenção não enfrentaram muitas dificuldades, pois toda a equipe se envolveu no processo de implantação da rotina de puericultura.

A ficha espelho poderia ser aprimorada para incluir o atendimento odontológico e nutricional, unificando as informações sobre a saúde da criança, promovendo o acesso aos dados individuais e facilitando o acompanhamento de cada criança.

A intervenção foi organizada desde seu início para se adaptar e integrar à rotina da unidade de saúde. A semana típica da médica e enfermeira foi reorganizada para abrir espaço para a puericultura. A participação do odontólogo ainda precisa ser estabelecida, pois suas atividades estavam suspensas durante a intervenção, impossibilitando a criação de uma rotina nesse sentido.

Nos próximos meses o objetivo é cadastrar e acompanhar todas as crianças na faixa etária de zero e 72 meses, fortalecendo a rotina de atendimento da puericultura. A equipe estará empenhada em realizar o cadastro precoce dos recém-nascidos na realização da primeira consulta e no teste do pezinho, para melhorar os indicadores apresentados. Também será um objetivo adaptar a ficha espelho utilizada atualmente para que ela possa englobar a avaliação odontológica e nutricional.

#### **4.3 Relatório da Intervenção para Gestores**

Prezada Secretária Municipal de Saúde

Durante o período de 04 de outubro de 2013 à 23 de janeiro de 2014, a equipe de saúde da unidade Jorge de Souza Heine realizou uma intervenção com o foco na saúde da criança. Com base nos dados fornecidos pelo SIAB, coletados na unidade de saúde e fornecido pelos ACS, a Saúde da Criança apresentou uma qualidade de

atenção fragilizada, com uma abrangência limitada e ineficiente, necessitando ampliação e reestruturação das ações do programa, a fim de melhorar a saúde infantil na área adscrita.

Exemplificando, na pesquisa realizada antes do período da intervenção apenas 37% das crianças da área de cobertura possuíam a consulta de puericultura em dia, de acordo com o protocolo do Ministério da Saúde e 20% tinha o índice de crescimento e desenvolvimento acompanhados durante as consultas de puericultura.

Diante desses dados, a proposta da médica foi realizar um projeto de intervenção, no período de dezesseis semanas, com o objetivo de qualificar o acompanhamento de puericultura das crianças de zero a 72 meses (268 crianças), residentes no bairro Sidney Pereira de Almeida, em Itambé/BA. O objetivo principal era melhorar a atenção à Saúde da Criança, ampliando a cobertura da atenção à saúde da criança, melhorando a adesão ao programa de Saúde da Criança, a qualidade do atendimento à criança, o registro das informações relativas à puericultura, mapeando as crianças de risco pertencentes à área de abrangência e promovendo a Saúde da Criança.

Durante a intervenção, 178 crianças foram cadastradas no programa da puericultura, melhorando o índice de cobertura para 66,4%. O agendamento das consultas foi realizado pelos ACS, com atendimento da consulta realizado por médica e enfermeira. O crescimento da cobertura durante os meses de intervenção ocorreu devido à organização da semana típica para a inclusão dos atendimentos da médica e da enfermeira à puericultura.

As atividades educativas programadas foram realizadas com o grupo de pais/responsáveis, facilitando o fornecimento de orientações à comunidade. Da mesma forma, o fornecimento do aparelho de data show pela secretaria de saúde possibilitou a realização de palestras e cursos com a equipe de saúde.

Os principais resultados refletem a importância dessas atividades nos indicadores de saúde da comunidade, na melhoria do atendimento e qualificação da equipe de saúde.

Durante os quatro meses de intervenção, 100% das crianças cadastradas no programa foram acompanhadas quanto ao crescimento (peso e comprimento/altura) e desenvolvimento, com registro nas fichas espelho e nos gráficos da caderneta da criança. Além disso, a meta de 100% de vacinação foi alcançada, assim como a

suplementação de ferro em crianças de 6 a 18 meses. Também a avaliação do risco nas crianças cadastradas atingiu o índice de 100%. Todos os pais/responsáveis receberam orientações sobre prevenção de acidentes, suplementação de ferro, alimentação suplementar, teste do pezinho e triagem auditiva.

O índice de cobertura de triagem auditiva não conseguiu ser alcançado e nenhuma criança cadastrada realizou o exame. Este é um indicador que precisa ser melhorado por meio da criação de uma rotina de encaminhamento dos recém-nascidos, com apoio da gestão, para o município de referência. Essas ações são um incentivo ao cuidado precoce da saúde infantil e uma integração entre assistência e gestão.

Uma sugestão à gestão para a melhoria deste indicador é o estabelecimento de uma agenda regular semanal de agendamento e transporte para a realização do teste de triagem auditiva, pois possibilitaria a organização da rotina de pais/responsáveis dos recém-nascidos. Desta maneira, aumentaria o índice de triagem auditiva realizada.

A gestão tem um importante papel na melhoria das atividades realizadas na unidade de saúde. Além do fornecimento regular de materiais como sulfato ferroso e fichas de atendimento, é fundamental que haja um incentivo à qualificação profissional, fornecimento de Cadernos de Atenção Básica e criação de redes e conexões com outras áreas municipais (educação, assistência social) viabilizando a aproximação com diferentes setores na busca de parecerias e da melhoria das ações programáticas.

Um exemplo seria o teste do pezinho, pois hoje há uma dificuldade para o registro de recém-nascidos no município, que acaba ocorrendo apenas depois do oitavo dia de nascimento, prejudicando o fornecimento do cartão SUS e a coleta precoce do teste do pezinho. Uma ação conjunta no fórum da cidade pode facilitar essas medidas, não só para a unidade de saúde da intervenção, mas para todas as unidades municipais, o que elevaria os indicadores de todo o município.

No período de realização das intervenções, a falta de material odontológico regular, impossibilitou a associação da assistência odontológica como parte fundamental do processo. A ação da gestão, neste caso, seria a programação para fornecer material regular às unidades de saúde, para que se mantenha o funcionamento das atividades básicas de saúde.

Os indicadores apresentados ratificam a importância da qualificação profissional da equipe de saúde, demonstrando que ações práticas, baseadas nos dados de saúde da comunidade, intervêm na realidade de saúde da população adscrita. Confirma ainda, que a integração da equipe de saúde com a gestão facilita a implementação das atividades e integração com a realidade da população.

#### **4.4 Relatório de Intervenção para a Comunidade**

A intervenção ocorreu no período de 04 de outubro de 2013 à 23 de janeiro de 2014, como parte de um curso de pós-graduação da Universidade Federal de Pelotas, que tinha como objetivo melhorar e tornar mais eficaz as ações de saúde. A finalidade era qualificar as atividades já realizadas pela equipe de saúde e programar as ações ainda não realizadas pela unidade de saúde.

A intervenção realizada na comunidade foi baseada na coleta de dados e indicadores no período anterior às ações de melhoria da comunidade. Os dados mostravam uma deficiência da unidade de saúde com relação à Saúde da Criança (puericultura), com falta de acompanhamento e avaliação de dados antropométricos, cobertura vacinal, orientações educativas, avaliação odontológica.

Com base nessa avaliação, foi criado um plano de ações que incluía a melhoria das atividades, por meio de estratégias criadas para incluir na rotina da equipe de saúde as metas estabelecidas. O objetivo principal era ampliar a cobertura da Saúde da Criança.

Todas as atividades deveriam ser implantadas durante o período de dezesseis semanas, mas a meta principal seria manter as atividades funcionando mesmo após o fim desse tempo. Todas as ações deveriam estar integradas à equipe de saúde para que o benefício pudesse permanecer para a comunidade.

As ações incluíam cadastramento, preenchimento e armazenamento de fichas espelho da puericultura, realização de atividades educativas com diversos temas como prevenção de acidentes na infância, alimentação infantil, cuidados com higiene bucal das crianças, importância dos dados (altura/peso) e suplementação de ferro. Também seria uma ação fundamental o monitoramento dos dados colhidos no período das dezesseis semanas, para reorganização das rotinas e novas estratégias, se necessário.

Também a equipe de saúde foi capacitada para auxiliar as ações realizadas na unidade de saúde e participar mais ativamente no agendamento, coleta de dados e atividades educativas dos temas.

Após a realização das dezesseis semanas de atividades foi possível constatar a melhoria na cobertura da Saúde infantil que alcançou 178 crianças e tem uma projeção de alcançar 100% de cobertura em alguns meses. Houve um aumento no índice de crianças com teste do pezinho realizado na primeira semana de vida (82 crianças).

Todas as crianças cadastradas foram acompanhadas nos dados antropométricos, no preenchimento da caderneta da criança, cobertura vacinal e orientações de alimentação, prevenção de acidentes, higiene bucal e suplementação de ferro.

A realização dessa intervenção alcança a saúde das crianças da comunidade. O acompanhamento vacinal impede o adoecimento das crianças por doenças graves, mas já controladas em nosso país. A avaliação dos dados antropométricos como peso e altura permite identificar crianças com baixo peso, atraso de crescimento e acompanhá-las de forma mais eficaz, intervindo precocemente para prevenir danos futuros à saúde da criança.

A realização precoce do teste do pezinho ajudar a identificar doenças graves nos recém-nascidos, prevenindo maiores lesões nas crianças. Dessa forma, tiramos o foco apenas do tratamento de doenças e reforçamos a prevenção, evitando o surgimento de doenças ou sequelas que interfiram na qualidade de vida das crianças.

Essa intervenção realizada permitiu evitar o adoecimento de crianças, melhorou o acompanhamento de seu desenvolvimento de maneira contínua, aumentando a qualidade da saúde das crianças da comunidade.

A melhoria dos números com a realização dessa intervenção mostra que uma maior qualificação da equipe de saúde ajuda a melhorar os indicadores de saúde e consequentemente a saúde da população. Uma equipe bem qualificada desempenha melhor o seu papel frente à comunidade.

## **5 Reflexão Crítica do processo de aprendizagem**

Inicialmente, minha expectativa com relação à pós-graduação era aprimorar o meu conhecimento sobre Atenção Básica e as formas de ação dentro da unidade de saúde.

O trabalho desenvolvido ao longo desses meses alcançou minhas expectativas iniciais de melhoria e qualificação do meu trabalho profissional. O curso de especialização proporcionou um maior conhecimento sobre uma área específica de atuação, possibilitando meu crescimento profissional.

O curso oferecido pela UFPel ultrapassou a ideia inicial limitada de apenas teorização da melhoria, pois todo o trabalho desenvolvido no período da pós-graduação se baseou na vivência do aluno/profissional, nas suas atividades diárias e nos problemas em sua unidade de saúde.

Todas as ações foram programadas para modificar a realidade na unidade de saúde, baseando-se nas necessidades e falhas identificadas na prática diária do profissional. O projeto de intervenção foi construído e aplicado, provocando modificações na rotina das ações programáticas da unidade de saúde. Acredito que esse seja um grande diferencial dessa forma de atuação.

Além disso, para se basear os projetos e as ações a serem realizadas, eu aprendi a avaliar e entender os objetivos de cada atividade programática, o que esperado nas realizações das atividades diárias. Isso desperta um senso crítico e cria um profissional consciente sobre seu papel e como pode atuar para modificar sua realidade.

O curso proporciona a possibilidade de perpetuação dessa avaliação, já que um profissional que conhece a realidade e objetivos da ESF e da Atenção Básica poderá modificar sua realidade posteriormente, pois possui as ferramentas aprendidas durante a pós-graduação.

Todo esse aprendizado reflete também dentro da equipe de saúde, já que as capacitações também alcançaram todos os seus membros, fortalecendo o espírito de trabalho em conjunto e auxiliando nos entraves diários do processo de trabalho.

Uma equipe de saúde com boa capacitação traz maior eficiência dentro da unidade de saúde, melhorando a assistência à comunidade como consequência principal.

Havia uma expectativa também a respeito da realização e avaliação das atividades à distância, porém a organização e estruturação do curso foram além do esperado, além da possibilidade do contato próximo com os outros especializandos e com o orientador. Os fóruns e espaço DOE foram ferramentas fundamentais em todo o processo de construção do trabalho final.

Para a prática profissional, o curso ofertou não só conhecimento sobre puericultura, mas também uma forma de estabelecer uma análise crítica sobre o serviço em saúde, ações programáticas e modificação da realidade de trabalho.

Os casos clínicos abordavam situações rotineiras, que levavam à reflexão e atualização de temas frequentes nos atendimentos na unidade de saúde. O compartilhamento de dúvidas e experiências nos fóruns também enriqueceu e auxiliou nas atividades diárias com os usuários.

Diante do exposto, acredito que durante o curso todo o aprendizado foi relevante. O desenvolvimento do olhar crítico frente às ações programáticas da unidade de saúde, a criação de um projeto modificador e atuante dentro da realidade de trabalho, a atualização de conhecimentos adquiridos e o aperfeiçoamento das práticas de saúde foram as conquistas mais marcantes. Porém ter aprendido todo o processo de transformação e poder perpetuá-lo em outras ocasiões foi peça fundamental dessa jornada.

## 6 BIBLIOGRAFIA

ALBUQUERQUE, Kamila Matos de, et al. Cobertura do teste de Papanicolaou e fatores associados à não-realização: um olhar sobre o Programa de Prevenção do Câncer do Colo do Útero em Pernambuco, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.5, supl. 2, p. 301-309, 2009.

BONILHA, Luís R. C. M.; RIVORÊDO, Carlos R. S. F. Puericultura: duas concepções distintas. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, v. 81, n 1, p. 7-13, 2005.

BLANK, Danilo. A puericultura hoje: um enfoque baseado em evidências. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, v.71, supl.1, p. 13-22, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil / Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 100p, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 44p, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde / Ministério da Saúde. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 9p, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 52p, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 112 p, 2009

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2488 de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/dab>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 272 p, 2012.



CALDERON, Iracema de Mattos Paranhos, et al. Intervenções benéficas no pré-natal para prevenção da mortalidade materna. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Rio de Janeiro, vol. 28, n 5, p. 310-315, 2006.

GIUSTI, Carmem Lúcia Lobo et al. Teses, Dissertações, Trabalhos Acadêmicos: manual de normas da Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, 2006. 62p.

GONÇALVES, Carla Vitola, et al. Avaliação da frequência de realização do exame físico das mamas, da colpocitologia cervical e da ultrassonografia obstétrica durante a assistência pré-natal. Uma inversão de valores. **Revista da Associação Médica Brasileira**. São Paulo, vol. 55, n 3, p.290-295, 2009.

PICCINI, Roberto Xavier *et al.* Efetividade da atenção pré-natal e de puericultura em unidades básicas de saúde do Sul e do Nordeste do Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife, vol. 7, n 1, p.75-82, 2007.

VITOLO, Márcia Regina et al. Frequência de utilização do serviço público de puericultura e fatores associados. **Jornal de Pediatria**. Rio de Janeiro, vol.86, n 1, p.80-84, 2010.

## Anexos



### PROGRAMA DE SAÚDE DA CRIANÇA FICHA ESPELHO

Data do ingresso no programa \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Número do Prontuário: \_\_\_\_\_ Cartão SUS \_\_\_\_\_

Nome completo: \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Nome da mãe: \_\_\_\_\_

Nome do pai: \_\_\_\_\_ Telefones de contato: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Peso ao nascer: \_\_\_\_\_ g Comprimento ao nascer \_\_\_\_\_ cm Perímetro cefálico \_\_\_\_\_ cm Apgar: 1º min: \_\_\_\_\_ 5º min: \_\_\_\_\_ Idade gestacional: \_\_\_\_\_ semanas \_\_\_\_\_ dias

Tipo de parto \_\_\_\_\_ Tipagem sanguínea \_\_\_\_\_

Manobra de Ortolani ( ) negativo ( ) positivo Teste do reflexo vermelho ( ) normal ( ) alterado Teste do pezinho ( ) não ( ) sim Realizado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Fenilcetonúria ( ) normal ( ) alterado / Hipotireoidismo ( ) normal ( ) alterado / Anemia falciforme ( ) normal ( ) alterado / Observações: \_\_\_\_\_

Triagem auditiva ( ) não ( ) sim Realizado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Testes realizados: ( ) PEATE ( ) EOA resultados: OD ( ) normal ( ) alterado OE ( ) normal ( ) alterado

CALENDÁRIO VACINAL									
Vacinas	BCG	Pentavalente	VPI	Rotavírus	Pneumoc. 10	Mening. C	Tríplice viral	Tripl. bacteriana	Febre amarela
1ª dose ou dose única	Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: _____
2ª dose		Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: _____
3ª dose		Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: _____
Reforço		Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: _____
	Hepatite B	VPO	OUTRAS						
	Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: _____	Data: ____/____/____ Lote: ____ Ass: _____						

## Anexo 01 – Frente da Ficha Espelho



### PROGRAMA DE SAÚDE DA CRIANÇA FICHA ESPELHO

CONSULTA CLÍNICA												
Data												
Nome do profissional que atendeu												
Idade (anos e/ou meses)												
Peso em g (elevado, adequado, baixo ou muito baixo para a idade)												
Estatuta em cm (elevado, adequado, baixo ou muito baixo para a idade)												
Perímetro cefálico (acima do esperado, adequado, abaixo do esperado)												
IMC em kg/m² (obesidade, sobrepeso, risco de sobrepeso, adequado, magreza, magreza acentuada)												
Desenvolvimento: provável atraso, alerta, adequado com fatores de risco, adequado												
Criança c/ risco: sim ou não												
Uso de sulfato ferroso: sim ou não												
Alimentação materna: exclusivo, predominante, complementar, desmamada												
Orientação sobre alimentação complementar: não, sim ou não se aplica (NSA)												
Orientação p/ prevenção de acidentes: sim, não												
Orientação p/ próxima consulta												
Data da próxima consulta												

## Anexo 02 – Verso da Ficha Espelho

2013\_08\_15 Coleta de dados Criança + Saúde Bucal.xls [Modo de Compatibilidade] - Microsoft Excel

ARQUIVO PÁGINA INICIAL INSERIR LAYOUT DA PÁGINA FÓRMULAS DADOS REVISÃO EXIBIÇÃO

Calibri 11

Área de Transf...

G20

Indicadores de Saúde da Criança - Mês 1											
Dados para coleta	Número da criança	Nome da Criança	Idade da criança	Sexo	A criança fez a primeira consulta na primeira semana de vida?	A criança entre 6 e 72 meses frequenta creche/foco da intervenção na área de abrangência da unidade de saúde?	A criança participou de ação coletiva de exame bucal?	A criança realizou a primeira consulta odontológica programática?	A criança foi classificada como alto risco de saúde bucal?	A criança faltou à consulta agendada?	Foi reativa/faltou
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de crianças cadastradas	Nome	Em meses	0 - Masculino 1 - Feminino	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											

Apresentação Orientações Dados da UBS Mês 1 Mês 2 Mês 3 Mês 4 Indicadores ...

PRONTO

### Anexo 03 – Planilha de Coleta de Dados

2013\_08\_15 Coleta de dados Criança + Saúde Bucal.xls [Modo de Compatibilidade] - Microsoft Excel

ARQUIVO PÁGINA INICIAL INSERIR LAYOUT DA PÁGINA FÓRMULAS DADOS REVISÃO EXIBIÇÃO

Calibri 11

Área de Transf...

F111

=Dados da UBS!E15

INDICADORES (%)					
		Mês 1	Mês 2	Mês 3	Mês 4
1.1	Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
	Numerador: Número de crianças inscritas no programa de Saúde da Criança da unidade de saúde.	0	0	0	0
	Denominador: Número de crianças entre 0 e 72 meses pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.	0	0	0	0

Proporção de crianças entre zero e 72 meses inscritas no programa da unidade de saúde

Proporção de crianças com primeira consulta na primeira semana de vida

Orientações Dados da UBS Mês 1 Mês 2 Mês 3 Mês 4 Indicadores

PRONTO

### Anexo 04 – Indicadores da Planilha de Coleta de Dados



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS  
FACULDADE DE MEDICINA  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

---

OF. 15/12 Pelotas, 08 de março 2012.

Ilma Sr<sup>a</sup>  
Prof<sup>a</sup> Ana Cláudia Gastal Fassa

*Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde*

Prezada Pesquisadora:

Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e **APROVADO** por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

*Patricia Abrantes Duval*  
Patricia Abrantes Duval  
Coordenadora do CEPI/FAMED/UFPel

---



Anexo 05 – Carta do Comitê de Ética

## Apêndice



Apêndice 01 – Foto referente a palestra do Outubro Rosa - Semana 02





Apêndice 02 – Sala de espera sobre alimentação saudável - Semana 03



Apêndice 03 – Caminhada do outubro Rosa - Semana 04



Apêndice 04 – Feira de Saúde Municipal - Semana 07



Apêndice 05 – Apresentação da puericultura para a comunidade - Semana 09





Apêndice 06 – Caminhada contra a Violência Infantil - Semana 10



Apêndice 07 – Atividade educativa sobre marcos do crescimento e desenvolvimento infantil - Semana 11





Apêndice 08 – Atividade Educativa sobre prevenção de acidentes, teste do pezinho e suplementação de ferro - Semana 14



Apêndice 09 - Atividade Educativa sobre saúde bucal e amamentação - Semana 15



Apêndice 10 – Atividade Educativa sobre teste do pezinho e suplementação de ferro  
- Semana 16